Rok XLII. Kraków 24 Stycznia 1903. Nr. 4.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Kilka uwag w sprawie wykonywania zabiegów operacyjnych w ginekologii od strony powłok brzusznych i od strony pochwy.

Podał

Prof. Dr. A. Mars.

Wykonanie zabiegu operacyjnego na trzonie macicy, na jej przydatkach i na niektórych narządach sąsiednich wymaga otwarcia jamy brzusznej, a zwykle zarazem jamy otrzewnowej. Najczęściej torujemy sobie w tym celu drogę przez powłoki brzuszne w linii białej, rzadziej w innych okolicach powłok brzusznych. Ilekroć chcemy się dostać do jamy otrzewnowej, wykonujemy tak zwaną laparotomię. Ponieważ laparotomia była zawsze uważaną za zabieg bardzo poważny, starano się gdzie można dostawać pozaotrzewnowo do jamy brzusznej. Tą drogą dostajemy się do pęcherza moczowego ponad spojeniem k. k. łonowych (Trendelenburg, Bardenheuer, Dittel, Fritsch, Frank). Nad więzem Pouparta dostajemy się do więzów szerokich, otwieramy n. p. ropnie przymaciczne (Bardenheuer). W ostatnich czasach radzą niektórzy autorowie drogę pozaotrzewnową w celu wycinania macicy i rakowato zmienionych gruczołów chłonnych (Mackenrodt. Amann, Herff).

W przypadkach ciężkich i powikłanych przetok pęcherzowopochwowych obierano drogę do pęcherza moczowego przy pomocy resekcyi kości łonowej (Samter), albo drążąc pod łukiem łonowym (Schauta).

Dührssen wykształcił tak zwaną *„Coeliotomia vaginalis anterior“*, dostając się przez przednie sklepienie pochwowe między pęcherzem moczowym, a przednią ścianą macicy do jamy otrzewnowej. Boisleux otwiera tylne sklepienie tuż za macicą i dostaje się do zatoki Douglasa.

Chirurgowie nauczyli nas wycinać całą macicę przez pochwę, wśród tego zabiegu otwieramy oczywiście jamę otrzewnową. Operacya ta, wykonywana różnymi sposobami, została bardzo wydoskonaloną, a to dzięki usiłowaniom najtęższych chirurgów i ginekologów ostatnich czasów (Czerny, Billrodt, Müller, Péan, Richelot, Doyen, Döderlein i wielu innych).

Sims wycinał całą macicę podotrzewnowo od strony pochwy, podobnie operował czas jakiś Obaliński.

W celu wycięcia macicy używano i podwójnej drogi i wykonywano część zabiegu najpierw od pochwy, a potem kończono go od strony powlok brzusznych (Rydygier, Fehling), albo też i odwrotnie, jak to radzą w ostatnich czasach, aby wykonać część zabiegu najpierw drogą przez powłoki brzuszne, zaszyć nad macicą odłuszczoną otrzewnę, a po zaszyciu powłok brzusznych dokończyć zabiegu od strony pochwy (Mackenrodt).

Kraske w celu wycięcia rakowato zmienionej odbytnicy podał drogę od tyłu przy pomocy resekcyi kości krzyżowej. Hochenegg wyzyskał tę drogę do operacyi macicznych. Herzfeld, Rydygier, Borelius podali odmienne sposoby wykonania tego zabiegu.

Zuckerkandl i Wölfler podali boczne cięcia, aby się dostać bez resekcyi kości od tyłu do jamy otrzewnowej.

Wreszcie Zuckerkandl pokazał drogę do jamy brzucha od międzykrocza.

Jak z tego widzimy, liczne były usiłowania i liczne wymyślano drogi i sposoby, którymi można się dostać do jamy brzusznej, do jamy otrzewnowej i wykonywać operacye na macicy, jej przydatkach i narządach sąsiednich. Niezaprzeczenie jest to wielka zasługa pracowników na tem polu, bo drogi przez nich wskazane, aczkolwiek nie wszystkie, są w powszechnem użyciu, a niektóre z nich prawie zaniechane, to przecież mogą nam oddać znakomite usługi w pewnych szczególnych przypadkach i dlatego zawsze zostaną cennym nabytkiem w dziedzinie operacyjnej ginekologii.

Najwięcej używane, wydoskonalone i wypróbowane mamy dziś dwie drogi, mianowicie: od strony powłok brzusznych i od strony pochwy, w różny sposób praktykowane.

W dawniejszych czasach wykonywano prawie wyłącznie operacye, o których mowa, drogą przez powłoki brzuszne. Gdy sposób operowania przez pochwę został wydoskonalony, poczęto się ku schyłkowi zeszłego stulecia bardzo ku tej drodze zwracać i wiele zabiegów, które wykonywano dawniej wyłącznie drogą przez powłoki brzuszne, poczęto wykonywać stale od strony pochwy. Kto śledzi tok piśmiennictwa bieżącego, łatwo musiał dostrzedz pewne zmiany w poglądach różnych operatorów, którzy używają raz jednej, to znów drugiej drogi i w pewnych przypadkach poczają to jedną to drugą. Istnieje szereg operatorów, którzy się trzymają przeważnie jednej drogi i są konserwatywnymi zwolennikami drogi przez powłoki brzuszne; inny szereg jest takich, którzy wszelkiemi siłami starają się wykonywać pewne zabiegi przez pochwę. Inni wreszcie, w miarę rozwoju nauki, w miarę doskonalenia techniki operacyjnej, posługują się jedną i drugą drogą, względnie do tego, którą za korzystniejszą uważają.

Rzeczą jest jasną, że powstaje pewnego rodzaju zamięszanie w pojęciach w świecie lekarskim, szczególniej u tych kolegów, którzy się specyalnie ginekologią nie zajmują, jak o tem kilkakrotnie miałem się sposobność przekonać i dlatego postanowiłem w tej sprawie głos zabrać.

Chcąc nakreślić porównanie tych dwóch dróg operacyjnych, nie możemy się nad niemi samemi tylko zastanawiać, ale musimy także wziąść pod rozwagę różne stany patologiczne, z powodu których te zabiegi operacyjne wy-

konujemy. Musimy się dobrze zastanowić nad celem, jaki przez zabieg operacyjny osiągnąć chcemy.

Droga utorowana przez powłoki brzuszne ma tę wyższość nad wszystkiemi innemi, że odsłania nam należycie pole operacyjne, że narządy, na których operować mamy, stają się ze wszech stron dostępne, że wśród zabiegu operacyjnego jesteśmy panami położenia i jeżeli zabieg jest możliwy do wykonania, to go wykonamy.

Do ujemnych stron zaliczyć należy, że jest od innych niebezpieczniejszą, jeżeli bowiem operacya wykonana została w sposób niedostatecznie jałowy, grozi operowanej niebezpieczeństwo zakażenia, do którego otrzewna jest bardzo skłonną.

Rozległość jamy otrzewnowej, jej niezliczone zaułki, sprawiają, że oczyszczenie pola operacyjnego raz zanieczyszczonego jest więcej niż trudne, a po zamknięciu powłok brzusznych jest niedostępne dla wszelkiego leczenia następowego. W razie następowego wewnętrznego krwotoku, skrętu jelit i t. d. musimy na nowo jamę brzuszną otwierać.

Po operacyi z wynikiem pomyślnym pozostaje szpecąca blizna, a co gorzej, powstają w niej przepukliny, które ponownych wymagają zabiegów.

Wszystkiemu temu starano się zaradzić i na wszystko niemal mamy radę, zatem dziś, jeżeli właściwie postępujemy, ujemne strony i niebezpieczeństwo z otwarcia jamy brzusznej możemy ograniczyć do *minimum*. Dowodem tego są świetne wyniki i nader mały odsetek śmiertelności po zabiegach, wykonanych tą drogą; a nie trzeba zapominać, że odsetek śmiertelności zależy nie od otwarcia powłok brzusznych, ale od właściwego zabiegu i jakości cierpienia.

Surowo i ściśle przeprowadzone postępowanie jałowe w czasie operacyi, ochrona otrzewnej i jelit, aby nie były zbyt długo narażone na wpływ powietrza, sączkowanie pola operacyjnego w razie zanieczyszczenia, należyte i w sposób jałowy zeszycie powłok brzusznych, — oto sposoby, którymi zabieg otwarcia powłok brzusznych i jamy otrzewnowej staje się zabiegiem łagodnym.

To tylko pewna, że uchybienie tym wymaganiom, błąd popełniony lub zapomnienie, mszczą się bardzo i mogą życie chorej kosztować.

Droga przez pochwę do jamy otrzewnowej jest o wiele mniej niebezpieczną Jak wiemy, pochwa nigdy nie jest jałową i tylko do pewnego stopnia daje się wyjałowić; zawleczenie drobnoustrojów z pochwy do pola operacyjnego, do jamy otrzewnowej, może być nie do uniknienia; przez pochwę otwieramy ropnie, mamy czasem do czynienia z rozpadającym się rakiem, a mimo to wszystko wyjątkowo tylko przychodzi do zakażenia otrzewnej, i zwykle przebieg pooperacyjny bywa pomyślny. Otrzewnę otwieramy w najniżej położonym punkcie jej jamy, reszta otrzewnej i jelita wcale nie, albo bardzo niewiele stykają się z powietrzem; często po operacyi sączkujemy i to są okoliczności rozstrzygające o tak pomyślnych wynikach operacyjnych, wykonywanych tą drogą. Po operacyi leczenie następowe często jest możebne.

Ujemną stroną tej drogi jest brak przystępu do bardzo ograniczonego pola operacyjnego, że często operować musimy na ciemno, że w razie powikłań zabieg może się stać niewykonalnym i że wśród zabiegu możemy być zmuszeni do użycia innej drogi, t. j. otwarcia powłok brzusznych. Są to ujemne strony tej doniosłości, że często wolimy tej drogi zaniechać mimo korzyści, jakie zapowiada.

Możemy wprawdzie rozszerzyć pochwę cięciem Schuchardta, ułatwić tym sposobem przystęp do pola operacyjnego, rozewrzeć to pole wziernikami liściowymi, ale to wszystko jest niedostateczne.

W ostatnich tygodniach Ott z Petersburga podał nowy sposób operowania przez przednie sklepienie, a mianowicie otwiera jamę otrzewnową w przedniem sklepieniu pochwowem, wprowadza do otworu watę, przez którą przepływające powietrze ma się wyjałowić, nim się dostanie do jamy otrzewnowej. Układa potem osobę operowaną z mocno obniżonym górnym końcem tułowia, chwyta kulociągiem powłoki brzuszne obok pępka i odciąga je silnie w stronę przeciwną od kręgosłupa. W tem ułożeniu jelita opadają ku przeponie, powietrze dostaje się przez otwór watą przytkany i wypełnia jamę otrzewnową. Wówczas wyjmuje watę, zakłada do otworu wziernik łyżkowy, na którym ma umocowaną małą lampkę elektryczną, lampka oświetla jamę otrzewnową i dozwala operować pod dozorem wzroku. Sposób to niewątpliwie dowcipnie obmyślany, w kilku przypadkach miał oddać autorowi bardzo dobre usługi, przyszłość okaże, o ile będzie praktyczny.

Zebrawszy to, co powiedziano, widzimy, że droga przez powłoki brzuszne nader ułatwia zabieg operacyjny, utrudnia natomiast leczenie następowe i jest niebezpieczniejszą. Droga przez pochwę ogranicza pole operacyjne, przy jej użyciu może zajść okoliczność, że zabiegu dokonać nie można, przystępniejszą jest natomiast dla leczenia następowego i w następstwach mniej niebezpieczna. (Ciąg dalszy nastąpi).

II. Z c. k. Zakładu seroterapeutycznego w szpitalu Rudolfa we Wiedniu. (Kierownik Prof. R. Paltauf).

O swoistości serodyagnostyki gruźlicy.

Podali

Dr. Filip Eisenberg owcz. aspirant II. klin. wewn. w Wiedniu.

i

Dr. Ernest Keller operator kliniki położniczej w Pradze.

(Dokończenie).

DODATEK.

Praca niniejsza w obecnej formie ukończona przed dwoma laty, miała być uzupełniona dalszemi badaniami w tym samym kierunku zapomocą metody Kocha; ponieważ badania te, prowadzone w Zakładzie seroterapeutycznym w Wiedniu, dotąd nie są ukończone, ogłaszamy na razie powyższe wyniki, które już w jesieni r. 1900 Doc. Dr. R. Kraus w swoim odczycie (*Die Fortschritte der Bakteriologie in der Diagnostik der Infektionskrankheiten „Wiener med. Wochenschrift"*, 1901 Nr. 20—22) wzmiankował w krótkich słowach. Obecnie, przystępując do ich ogłoszenia, chciałbym pokrótce uwzględnić nowsze prace, dotyczące naszego tematu i zaznaczyć swoje stanowisko wobec nich na podstawie wyżej omówionych danych.

Większość nowszych badaczy (o ile prace ich były mi dostępne) zajmuje wobec metody Arloinga i Courmonta stanowisko sceptyczne, lub też wprost ją odrzuca, jako niepewną lub nieswoistą, że wymienię tylko prace Horcicki, Knopfa, Dieudonnego, Lubowskiego i Neissera (z zakładu prof. Ehrlicha), Iwanowa, Moellera, Ruitingi, Thellunga. Tylko G. Carrière uważa odczyn za bardzo czuły, choć trudny do wykonania i poleca

stosowanie go, zwłaszcza łącznie z innemi metodami rozpoznawczemi. Jeżeli jednak przyjrzymy się bliżej wynikom jego pracy, dojdziemy do przekonania, że nie uprawniają one z pewnością do takiego wniosku; znajdujemy tam 70 przypadków gruźlicy płuc z 47 wynikami dodatnimi, 10 przypadków gruźlicy prosówkowej z 2 odczynami, 8 suchot galopujących z 2, czyli ogółem 88 przypadków gruźlicy z 51 odczynu dodatniego, t. j. 58%, zaś 40 przypadków klinicznie nie-gruźliczych — z 22 przypadkami odczynu dodatniego, t. j. 55%. Nawet jeśli wraz z Carrièrem przypuścimy, że wśród tych ostatnich pewna, nawet znaczna część należy do kategoryi gruźlicy utajonej, to jeszcze porównanie liczb tak blizkich siebie nie pozwoli nam przyjąć swoistości odczynu.

Na szczególniejszą uwagę zasługują dalej liczne badania, przeprowadzone na zwierzętach, a rzucające pewne światło na sprawę swoistości. I tak, de Grazia stwierdza u prawidłowych królików i morskich świnek, jagniąt i koni wysoką siłę aglutynacyjną; Koch stwierdza na 30 prawidłowych królików u 4 odczyn dodatni przy $^1/_{40}$, u 2 przy $^1/_{25}$; na 10 koni prawidłowych — u 8 przy $^1/_{25}$, u 2 przy $^1/_{50}$. Fakt ten, jeśli się zważy ogromną rzadkość gruźlicy u koni ($^1/_{1000}$—$^1/_{10\,000}$ według Nocarda i Leclainchea), każe być szczególnie ostrożnym w ocenie swoistości odczynu. Ważna bardzo sprawa stosowania serodyagnostyki u bydła dotąd jeszcze pozostaje w zawieszeniu; podczas gdy Arloing i Courmont twierdzą, że na 120 przypadków, w których ją stosowali u bydła, próba, sprawdzana sekcyą, raz jeden tylko zawiodła, Beck i Rabinowitsch na podstawie 78 prób, również kontrolowanych sekcyą, odmawiają próbie wszelkiego znaczenia rozpoznawczego, gdyż znajdują zarówno u sztuk gruźliczych, jak niegruźliczych równe odsetki odczynu dodatniego.

W ostatnich wreszcie czasach zdobyto kilka faktów nader ważnych dla oceny swoistości. I tak Koch stwierdził (a Moeller, Kayserling, Rumpf, i Guinard i Thellung potwierdzają), że przez wstrzykiwanie zabitych prątków gruźliczych (zawiesina TR Kocha) można zarówno u zwierząt prawidłowych, jak u ludzi, dotkniętych gruźlicą, wywołać powstanie wysokiej i swoistej zdolności aglutynacyjnej, względnie istniejącą znakomicie zwiększyć. Dalej stwierdził Romberg u 35, a Ruitinga u 5 noworodków, że surowica ich nawet w stosunku 1 : 1 nie objawia zdolności aglutynacyjnych; spostrzeżenie to, zgodne z niesłychaną rzadkością gruźlicy u noworodków, zdawałoby się przemawiać za tem, że prawidłowa surowica ludzka jest pozbawiona zdolności aglutynacyjnej, a że spostrzegana u dorosłych zdolność zostaje nabyta w ciągu życia. Jeżeli zaś nadto uwzględnimy fakt swoistej aglutynacyi, odkryty przez Kocha, spostrzeżenie to czyni prawdopodobnem, że zdolność ta jest wyrazem swoistego odczynu na zakażenie gruźlicze. Taki wniosek Romberg rzeczywiście wywodzi ze swego spostrzeżenia i na tej podstawie uważa nawet aglutynacyę przy 1 : 1 już za swoistą. Przedewszystkiem należy oczywiście zastrzedz się, że spostrzeżenie to nie dowodzi jeszcze z całą pewnością swoistości odczynu, choć ją czyni prawdopodobną. Ale przypuśćmy, co zresztą nie jest nieprawdopodobnem, że własność ta jest doprawdy swoistą, — jakież ztąd dałyby się wysnuć wnioski? W znakomitej swej pracy Naegeli, opierając się na materyale 500 sekcyj, przeprowadzonych z niebywałą dotąd skrupulatnością, stwierdza, że wśród dorosłych 98% okazuje na stole sekcyjnym obecność gruźlicy — i to:

na 284 przypadków

6	bez gruźlicy	t. j.	2 %
63	gruźlicy śmiertelnej	„	22·2%
74	„ czynnej	„	26 %
32	„ wątpliwej	„	11·3%
111	„ nieczynnej	„	39·5%

Porównując z tymi wynikami, zmieniającymi w zupełności nasze poglądy na częstość gruźlicy, wyniki swoich badań nad aglutynacyą, dochodzi Romberg do wniosku, że odczyn aglutynacyi jest wyrazem gruźlicy czynnej, jawnej lub utajonej, że natomiast może brakować w przypadkach ciężkich lub też w przypadkach gruźlicy nieczynnej. Znajduje on u ludzi klinicznie nie-gruźliczych 62·7% odczynu dodatniego, u gruźliczych 74·3%; nie możemy się jednak zgodzić na wniosek, jaki Romberg wyprowadza z tych liczb, że mianowicie odczyn dodatni jest objawem tylko gruźlicy czynnej, jawnej lub utajonej. Jeżeli bowiem w zestawieniu powyższem Naegeliego wykluczymy gruźlicę śmiertelną (63 przyp.) i co najmniej połowę przypadków gruźlicy czynnej (37 przyp.), jako przystępne rozpoznaniu klinicznemu, to z 284 przypadków zostanie 184 kwalifikujących się, jako klinicznie nie-gruźlicze. Wśród tych będziemy mieli 37 przypadków gruźlicy czynnej utajonej, 32 wątpliwej, 111 nieczynnej, a 6 nie-gruźlicy, to zn. ogółem 36·4% czynnej i wątpliwej, 63·6% nieczynnej i nie-gruźlicy. Wobec tego jest jasnem, że skoro Romberg uzyskał u klinicznie nie-gruźliczych 62·7% odczynu dodatniego, a jest wśród nich tylko 36·4% gruźlicy czynnej, to w liczbie 62·7% odczynu dodatniego musi się stanowczo zawierać pewna liczba gruźlicy nieczynnej. Fakt ten stanie się jeszcze widoczniejszym, jeżeli weźmiemy wyniki przez nas otrzymane, t. j. 75% odczynu dodatniego wśród klinicznie nie-gruźliczych. Nadto, jak wyżej zaznaczyłem, Romberg uważa już odczyn przez $^1/_1$ za dodatni; nasze doświadczenia, co prawda uzyskane na szczupłej liczbie 10 przypadków i inną metodą, dały nam przy $^1/_1$ we wszystkich przypadkach (100%) odczyn dodatni, — zatem tu nawet wszystkie przypadki nieczynnej gruźlicy również musiały dać odczyn. Zbierając wszystkie te fakta, dochodzimy do wniosku, że, jak to i Romberg podnosi, nawet o ile się uzna swoistość odczynu, klinicznie nie da się on stosować jako środek rozpoznawczy, gdyż może brakować w przypadkach gruźlicy czynnej (u Romberga w 25%, u nas w 30%), z drugiej zaś strony okazuje się zbyt czułym i może, wykrywając obecność minimalnych ognisk gruźliczych, sprowadzić rozpoznanie na fałszywe tory w przypadkach, gdzie zachodzi jaka inna, nie jasna na razie sprawa chorobowa. Co więcej, jest na razie bardzo wątpliwem, czy, jak chce Romberg, metoda ta może służyć do wykrycia gruźlicy czynnej utajonej, jeśli przywiedziemy sobie na pamięć wyżej przytoczone wywody. Tak więc wnioski sformułowane na końcu naszej pracy przed dwoma laty i dziś jeszcze, wobec nowych tych zdobyczy możemy nadal utrzymać.

Omawiając wyżej zmienną zdolność różnych hodowli do aglutynowania się, wspomnieliśmy, że hodowle starsze i gęstsze trudniej ulegają aglutynacyi; wypowiedziane tam przypuszczenie, że wobec większej zawartości bakteryj wartość aglutynacyjna surowicy się zmniejsza, znalazło potwier-

dzenie doświadczalne w pracach Fickera, Iwanowa i Romberga. Z drugiej strony badania Foerstera, Tobiesena, Eisenberga i Volka stwierdziły teoretyczną podstawę tego zjawiska w ilościowych stosunkach między aglutyninami, a istotą aglutynowaną. Wobec tego musimy oczywiście uznać za znaczny postęp wprowadzenie nowych metod przez Romberga i Kocha, które dają nam możność ciągłego operowania niezmiennym preparatem, a tem samem i naukowe uprawnienie porównywania wyników uzyskanych przez różnych badaczy. Która z tych metod okaże się do badań tych stosowniejszą, przyszłe doświadczenia dopiero wykażą.

Wreszcie nie chciałbym pominąć milczeniem faktu, na który już poprzednio zwracaliśmy uwagę, a który w świetle nowszych spostrzeżeń tem bardziej zasługuje na uwzględnienie. W dwóch przypadkach żółtaczki spotkaliśmy niezwykle wysoką zdolność aglutynacyjną: $^1/_{500}$ (najwyższa dotychczas wogóle sprawdzona u człowieka) i $^1/_{50}$. W ostatnim roku ukazało się kilka prac, zajmujących się bliżej podobnemi zjawiskami: Żupnik w przypadkach żółtaczki (2 przyp. *Cholelithiasis,* 2 *Cholangitis suppurativa,* 4 *Morbus Weili,* 1 *Carcinoma hepatis*) uzyskał silną aglutynacyę prątków durowych; Eckardt w 2 przypadkach choroby Weila aglutynacyą $^1/_{1000}$, w 8 przypadkach żółtaczki z innych przyczyn wartości $^1/_{50}$—$^1/_{1000}$. W pracy swej o izoaglutyninach w surowicy ludzkiej znalazłem najwyższą wartość aglutynacyi w przypadku *Cirrhosis hepatis hypertrophica* Hanot ($^1/_{30}$); również Klein spostrzegał autoaglutynacyę ciałek czerwonych krwi w przypadku *Cirrhosis hepatis hypertrophica* i popiera to spostrzeżenie całym szeregiem podobnych. Teoretycznego tłomaczenia wszystkich tych faktów szukać należy prawdopodobnie w doświadczeniach Kohlera; znalazł on, że przez wstrzykiwanie kwasów żółciowych lub podwiązanie przewodu żółciowego można u psów wywołać znaczną zdolność aglutynacyjną wobec prątków durowych. Zgodnie ze spostrzeżeniem Köhlera, że *in vitro* kwasy żółciowe czasem tylko okazują działanie aglutynacyjne, widzieliśmy wyżej, że w naszem doświadczeniu żółć z kilku trupów okazała się nieczynną, a Eckardt stwierdził to samo ze żółcią zebraną przy operacyi. W każdym razie przypadki wyżej przytoczone zasługują na baczną uwagę, wskazując na ważne źródło możliwych pomyłek serodyagnostycznych.

Kraków w Listopadzie 1902. *Dr. Filip Eisenberg.*

Piśmiennictwo. 1) L. Brieger u. F. Neufeld: Zur Diagnose beginnender Tuberculose aus dem Sputum. (Deutsche med. Woch. 1900 N. 6). 2) M. Beck: Ueber die diagnostische Bedeutung des Koch'schen Tuberkulins (Deutsche med. Woch. 1899 N. 9). 3) E Levy u. Hayo Bruns: Ueber die Frühdiagnose der Tuberculose. (Deutsche med. Woch. 1900 N. 9) 4) W. H. Park: Bemerkung über die Wirkungen des Blutserums tuberculoser Thiere und Menschen auf den Tuberkelbacillus. (Ref Centralbl. f. Bakt. I. Abth. 1900 XXVII. S. 675). 5) S. Arloing: *a*) Agglutination du bacille de la tuberculose vraie. (Congrès de méd. interne. Montpellier 1898. 12—17 Avril) 6) *b*) Sur l'obtention des cultures et d'émulsions homogènes du bacille de la tuberculose humaine en milieu liquide et sur une variété mobile de ce bacille. (Compt. Rend. Ac. d. Sc. 1898 9 Mai. T. CXXVI. p. 1319—1321). 7) *c*) Agglutination du bacille de la tuberculose vraie. (*ibid.* 1898 16 Mai. T. CXXVI. p. 1398—1401). 8) *d*) Apparition dans le sérum sanguin sous l'influence des produits chimiques d'une matière capable d'agglutiner le bacille de la tuberculose vraie. (*ibid.* 1898. 31 Mai. T. C. XXVI. p. 1550—1553). 9) P. Courmont: *a*) Action des épanchements des séreuses tuberculeux ou non sur les cultures de bacilles de Koch en milieux liquides. (Compt. Rend. Soc. d. Biol. 1898. 28 Mai p. 605—608). 10) *b*) Sérodiagnostic des épanchements tuberculeux. (Presse médicale 1898 11 Juin). 11) *c*) Sérodiagnostic des épanchements tuberculeux. (Congr. pour. l'étude de la tub. Paris 1898. p. 578). 12) *d*) L'agglutination du bacille de Koch par les épanchements tuberculeux. Compt. Rend. Soc. d. Biol. 1900 24 Nov. p. 1000—1002). 13) *e*) L'agglutination du bacille de Koch par les épanchements tuberculeux (séro-diagnostic). (Arch. de méd. expér. et d'anat. pathol. 1900 p. 697). 14) S. Arloing et P. Courmont: *a*) De l'obtention des cultures du bacille de Koch les plus propices à l'étude du phénomène de l'agglutination par le sérum sanguin des tuberculeux. (Congr. pour l'étude de la tub. Paris 1898 p. 583). 15) *b*) Etude sur la recherche et la valeur clinique de l'agglutination du bacille de Koch par le serum sanguin de l'homme. (*ibid.* p. 586) 16) *c*) De l'obtention des cultures du bacille de Koch les plus propices à l'étude du phénomène de l'agglutination par le sérum sanguin des tuberculeux. (Compt. Rend. Ac. d. Sc. 1898. 8 Août. T CXXVII. p. 312—315. 17) *d*) Sur la recherche et la valeur clinique de l'agglutination du bacille de Koch par le sérum sanguin de l'homme. (*ibid.* 1898. 19 Sept. T. CXXVII. p. 425—428). 18) *e*) Recherche et valeur clinique de l'agglutination du bacille de Kocb (séro-diagnostic de la tuberculose). (Ber. üb. d. Berliner Tuberkulose-Congr. 1899. S. 229). 19) *f*) De l'agglutination du bacille de Koch; application au séro-diagnostic de la tuberculose. (Zeitschr. f. Tub u. Heilst. 1900. B. 1 H. 1. 2). 20) *g*) Sur la valeur de la séro-réaction pour le diagnostie précoce de la tuberculose. (Presse médic. 1900 N. 73). 21) *h*) Ueber den Werth der Serumreaktion für die frühzeitige Diagnose der Tuberkulosc. (Deutsch med. Woch. 1900 S. 766). 22) *i*) Le séro-diagnostic de la tuberculose. (Gaz. des hôp 1900 p. 1467—1474). 23) *k*) Étude de l'influence chez le chien d'une inoculation de bacilles de Koch très virulents sur le pouvoir agglutinant déterminé par une première inoculation de bacilles atténués (Compt. Rend. Soc. d. Biol. 1900 1 Déc. p. 1025—1026). 24) *l*) Des causes qui modifient le développement du pouvoir agglutinent dans le sang des sujets rendus expérimentalement tuberculeux. (Journ. d. Physiol. et de Path. gén. 1900 p. 82—94). 25) S. Arloing: *a*) Du diagnostic de la tuberculose par la séro-agglutination. (Congr. internat. de Paris Août 1900). 26) *b*) Séro-diagnostic de la tuberculose sur les animaux de l'espèce bovine. (Journ. de méd. vétér. et de zootechnic. 1900 p. 449) 27) Mongour et Buard. *a*) Note sur le séro-diagnostic de la tuberculose. (Compt. Rend. Soc. d. Biol. 1898 p. 1142) 28) *b*) Sur l'agglutination du bacille tuberculeux (*ibid.* 1899 p. 564). 29) *c*) Note sur le séro-diagnostic de la tuberculose pulmonaire. (*ibid.* 1899 p. 656). 30) G. Buard: *a*) De la séro réaction tuberculeuse. cultures du bacille agglutinable, étude spéciale chez l'enfant. (Thèse. inaug. Bordeaux 1899). 31) *b*) Sur la séro-reaction tuberculeuse. (Journ. de Physiol. et de Path. gén. 1900 T II. N. 5). 32) Rothamel. De l'agglutination du bacille de la tuberculose humaine étudiée plus spécialement chez les tuberculeux cachectiques. (Thèse inaug. Bordeaux 1899). 33. G. Courmont: Presse méd. 1898 N. 49 34. Dubard: Sur quelques propriétés nouvelles du bacille de Koch. (Compt. Rend. Soc. d. Biol. 1898 p. 474). 35 E. Bendix: Zur Serodiagnose der Tuberkulose. (Deutsch. med. Woch. 1900 N 14). 36. M. Beck u. Rabinowitsch: Ueber den Werth der Courmont'schen Serumreaction für die Frühdiagnose der Tuberkulose. (Deutsch. med. Woch. 1900 N. 25). 37. C Fraenkel: Untersuchungen über die Serum-diagnose der Tuberculose nach dem Verfahren von S. Arloing u. P. Courmont. (Hyg. Rundschau 1900 N. 13). 38. D Edsall: A critical summary of the litterature on the serumdiagnosis of tuberculosis. (Amer. Journ. of med, Sciences 1900 July CXX. N. 1). 39. R. Kraus u L. Löw: Ueber Agglutination (Wiener klin. Woch. 1899 N. 5). 40. Lambotte et Maréchal: L'agglutination du bacille charbonneux par le sang humain normal. (Annal. de l'Inst Past. T XIII. 1899 N. 8). 41. Bourges et Méry: (cyt. w 40).

Nowsza literatura od r. 1900.

42) Arloing S. et P. Courmont. Ueber den Werth der Serumreaktion für die frühzeitige Diagnose der Tuberkulose. (Deutsch. med. Woch. 1900 N. 48 S. 766). 43 *b*) De l'action du froid et des antiseptiques sur la conservation des cultures homogènes de bacilles tuberculeux destinés à l'agglutination (Compt Rend Soc d Biol. 1901 14 Dec p 1093—1095). 44) Ascoli e de Gregorio: L'aglutinazione dei bacilli tubercolari (Il Policlinico 1902) 45. M. Beck u. Rabinowitsch: *a*) Weitere Untersuchungen über den Werth der Arloing-Courmont'schen Serumreaktion bei Tuberkulose. speziell bei Rindertuberkulose. (Deutsch. med Woch. 1901 N 10 S 145). 46. *b*) Ueber den Werth und die Bedeutung der Arloing-Courmontschen Serumreaktion besonders in Bezug auf die frühzeitige Erkennung der Rindertuberculose. 47) van Bogwert et Klynens. Diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire. (Zeitschrift. f. Tub. u. Heilst. 1900. I H.. 3 S. 194—199) 48. G. Buard: *a*) Diagnostic précoce de la tuberculose et la séroreaction tuberculeuse (Gaz hebd. d. sc. méd. de Bordeaux 1901 2 Juin). 49) *b*) De la séroréaction comme moyen de diagnostic de la tuberculose; son application aux cas de tuberculose chirurgicale. (*ibid.* 1901 28 Juillet). 50) Carrière G. Le serodiagnostic de la tuberculose. (Compt. Rend Soc. d. Biol. 1901. 6 Juillet p 746—747). 51) Casagrandi: Atti della Società Lancisiana 1902. 11 Genn. 52) Clément H. Contribution à l'etude du serodiagnostic de la tuberculose; son application aux cas de tuberculose chirurgicale (Thèse de Lyon 1900). 53) Dieudonné A.: Zur Frühdiagnose der Tuberkulose. (Deutsche militärärztl. Zeitschr. 1900. H. 10. S. 526—530). 54) Eckardt: Widal'sche Serumprobe bei Weil'scher Krankheit. (Münch. med. Woch. 1902. N. 27. S. 1129—1132). 55), Eisenberg Ph.: Ueber Isoagglutinine und Isolysine in menschlichen Seris. (Wiener klin. Woch. 1901. N. 42). 56) Ficker M.: Ueber die Serumreaktion bei Tuberkulose (Zeitschr. f. Tub. u. Heilst. 1901. II. H. 4. S. 321—325). 57) de Grazia F.: *a*) La serodiagnosi nella Tuberculosi polmonare (Gasz. degli ospedali 1901. 8 Sett.). 58) *b*) Die Serumdiagnose bei der Lungentuberkulose (Berl klin. Woch. 1902. N. 11 12). 59) Horcicka J.: Beitrag zur Serumdiagnose der Lungen-

tuberkulose nach dem Verfahren von S. Arloing und P. Courmont. (Hyg Rundschau 1900. X. N. 22. S. 1073—1074). 60) Iwanow A.: O sierodiagnosie tubierkuloza. (Medic. Oborz. 1901. N. 12). 61) Klein A.: Beiträge zur Kenntnis der Aglutination rother Blutkörperchen. (Wien.. klin. Woch. 1902 N. 16). 62) Knopf S. A: Die Früherkennung der Tuberkulose (Zeitschr. f. Tub. u. Heilst. 1900. I H. 3. S. 187—194) 63) Koch R. Ueber die Agglutination der Tuberkelbaccillen und über die Verwerthung dieser Agglutination (Deutsch med. Woch. 1901. N. 48. S. 829—834). 64) Köhler F.: Das Agglatinationsphaenomen. 1901. Jena. Fischer. 65) Lubowski: Ueber einen atoxischen und avirulenten Diphtheriestamm und über die Agglutination der Diphtheriebaccillen (Zeitschr. f Hyp. u. Infkr. 1900. XXXV. S. 87—104). 66) Masius V. et Béco L.: Recherches sur la séroréaction de la tuberculose. (Bull. de l'Acad. r. de med. de Belg. 1902 Nr. 2. p. 107—141). 67) Moeller: Zur Frühdiagnose der Tuberkulose (Münch. med. Woch. 1901. N. 50. S. 1999—2000). 68) Moeller A. u. Kayserling A.: Ueber die diagnostische und therapeutische Verwendung des Tuberkulins. (Zeitschr. f. Tub. und Heilst. 1902. III. H. 4 S. 279—314). 69) Neisser: Die Bedeutung der Bakteriologie für Diagnose, Prognose, und Therapie. (Wien. med. Woch. 1900. N. 48. 49). 70) Neisser. Klin. Jahrb. 1902 VIII S. 35—38). 71) Naegeli: Ueber die Häufigkeit, Localisation und Ausheilung der Tuberculose (Virch. Arch. 1900. CLX. S. 426—472). 72) Romberg E.: *a)* Zur Serumdiagnose der Tuberkulose (Deutsch. med. Woch. 1901. N. 18. 19) 73) *b)* Weitere Mittheilungen zur Serumdiagnose der Tuberkulose. (Münch. med. Woch. 1902. N. 3. S 89—94). 74) Ruitinga P.: *a)* Over agglutinatie van tuberkelbacillen ter herkenning van tuberculose. (Inaug. Diss. de Bussy. Amsterdam 1901. 75) *b)* Zur Serumdiagnose der Tuberkulose (Zeitschr. f. Tub. u. Heilst. 1902. III. H. b. 489—498) 76) Rumpf E. u. L Guinard: Ueber die Agglutination der Tuberkelbaccillen und die Verwerthung dieser Agglutination (Deutsch. med. Woch 1902. N 8. S 131—135). 77) Thellung F.: Experimenteller Beitrag zur Frage der Agglutination der Tuberkellbacillen und zur Behandlung der Tuberkulose mit Neu-Tuberkulin Koch (Centralbl. f. Bakter. etc. I Abth. Orig. XXXII. 1902. N. 1. S. 28—48). 78) Zupnik L. *a)* Erfahrungen über die Gruber- Widal'sche Reaktion und Autoaggludination bei Typhus abdominalis (Zeitschr. f. Heilk. XXII. 1902. H. XI Abth. f. Path. etc. 1901). 79) *b)* Widalsche Serumreaktion bei Weil'scher Krankheit (Münch. med. Woch. 1902. N. 31. S 1305). 80) Hawthorn E: De la séro-reaction tuberculeuse et sa valeur pour le diagnostic précoce de la tuberculose (Compt. Rend. Soc. d Biol. 1902. 27 Mai N. 19. p. 632—634). 81) Ilvento A: Sull'agglutinabilità del bacillo tubercolare per sieri differente e sua importanza diagnostica (Riforma medica 1902 IV N. 36. 37). 82) Loeb L. M.: The serum diagnosis of tuberculosis (Trans. of the Chicago Pathol. Soc. 1902. Vol V. N 7. p. 141 146) 83) Marzagalli e Caffarena: Kongr. dia med. wewn. w Rzymie 28—31. Paźdz. 1902 (Ref. Münch. med. Woch 1903. N. 2. S. 90). 84) Caffarena: O aglutynujących własnościach surowicy końskiej wobec prątka gruźliczego *(ibid.)*. 85) Courmont P. et Descos A.: *a)* Cultures liqui des homogènes et mobilité des bacilles »acido-résistants« Compt. Rend. Soc. d. Biol. 1902. 29. Nov. p. 1355—1357. 86) *b)* De l'agglutination des cultures homogènes des bacilles »acido-résistants« *ibid* p. 1357—1359. 87) Arloing F. Existe-t il un rapport entre l'action chimiotaxique de certains sérums se rapportant à la tuberculose et leur pouvoir agglutinant sur le bacille de Koch? Compt. Rend. Soc. d. Biol. 1902. 13 Déc. p. 1428-1430.

* * *

III. O zaburzeniach mowy pochodzenia ośrodkowego i ich stosunku do chorób usznych.

Podał

Dr. R. Spira.

Kierownik ambulatoryum otyatrycznego szpitala izraelickiego w Krakowie.

(Dokończenie).

Przez połączenie mowy pisanej z mową ustną łatwo wykombinować, jakie będą przeszkody w pisaniu i czytaniu wobec przerwy w ośrodkach i drogach dla mowy ustnej. Musimy tylko zawsze o tem pamiętać, że pisanie i czytanie wymagają całości pojęcia słownego, że czynności te poprzedza tak zw. mowa wewnętrzna, to jest pobudzenie ośrodków słownych: czuciowego *s* i ruchowego *m*, od których wychodzi podnieta do ręki prawej, że dla samodzielnego pisania i dla zrozumienia czytanego połączenie pojęcia słownego z pojęciem ogólnem w *P* musi być utrzymane. O tem pamiętając, zrozumiemy, że wszędzie, gdzie obrazy pamięciowe dla słów w *s* lub w *m*, lub połączenie ich z ośrodkiem ideacyi, są nadwerężone lub uszkodzone, wystąpić muszą także zaburzenia w pisaniu i czytaniu. A zatem:

1) przy afazyi czuciowej podkorowej nie będzie żadnej przeszkody w pisaniu i czytaniu, a tylko pisanie dyktowanego będzie niemożebnem.

2) W afazyi czuciowej korowej czytanie i pisanie samodzielne, jako też dyktowanego jest niemożebnem, zupełna aleksya i agrafia, a tylko bezmyślne mechaniczne kopiowanie jest utrzymane, gdyż ośrodek ruchowy dla ręki prawej jest połączony wprost ze sferą wzrokową i można odpisać nawet to, czego się nie rozumie. Zdaniem Lichtheima przy tej postaci afazyi niema agrafii, lecz paragrafia, t. j. mięszanie liter.

3) Afazya czuciowa zakorowa sprowadza utratę zrozumienia czytanego; natomiast zdolność czytania bez rozumienia, kopiowania i pisania dyktowanego jest utrzymana; pisanie samodzielne niepoprawne, paragrafia, t. j. poprawne pisanie fałszywych, niestosownych liter, czyli mięszanie właściwie pisanych liter, gdyż ośrodki słowne *s* i *m* są nienaruszone, podczas gdy w słownej postaci agrafii, spowodowanej stratą wyobrażenia słowa *w s* lub *m*, chory pisze na papierze zamiast liter niezrozumiałe znaki.

4) Afazya ruchowa podkorowa spowodowuje niezdolność głośnego czytania, zresztą wszystkie postacie mowy pisanej są utrzymane.

5) Afazya ruchowa korowa pociąga za sobą utratę zdolności czytania, samodzielnego pisania i dyktowanego, a nie narusza możności kopiowania. Lichtheim zaś utrzymuje, że w tej postaci afazyi chory może czytać i rozumieć pismo.

6) Afazya ruchowa zakorowa sprowadza utratę samodzielnego pisania, podczas gdy czytanie nawet głośne, kopiowanie i pisanie dyktowanego są niezakłócone (agrafia wyosobniona).

7) Nareszcie afazya z wadliwego przewodnictwa pociąga utratę możności czytania, samodzielnego i dyktowanego pisania, kopiowanie zaś utrzymane. (Słowna aleksya i agrafia). Według Lichtheima mamy przy tej postaci tylko paragrafię i paraleksyę.

Musimy tu jeszcze zwrócić uwagę na niektóre zasadnicze różnice zdań, szczególnie pod względem mowy samodzielnej, oraz połączenia ośrodków *s* i *m* z *P*.

Kussmaul sądzi, że podnieta od *P* idzie pierwej do do ośrodka słuchowego, a później dopiero ztąd do ośrodka ruchowego, podobnie jak przy rozwoju zdolności rozumienia droga od obwodu idzie przez *s* do *P*. Z tem zdaniem zgadzają się Goldscheider, Ziehen i inni.

Lichtheim przyjmuje bezpośrednie połączenie między *P* i *m* tak, że powstanie wyobrażenia ruchowego prowadzi wprost do wygłaszania wyrazu. Dla poprawności zaś mowy potrzebna jest inerwacya ośrodka słuchowego w *s* przez ośrodek ruchowy *m* i połączenie *s* z *P* tak, żeby powstało koło *P-m-s-P*.

Wernicke znów powiada, że wprawdzie uczymy się mowy w pierwszym rzędzie zapomocą obrazów słuchowych, później zaś przy mowie samodzielnej używamy przedewszystkiem drogi krótszej i prostszej od ośrodka ideacyi *P* do *m*, równocześnie jednak pobudza się ośrodek słuchowy w *s* i wpływa na poprawny przebieg wyobrażenia ruchowego w *m*.

Byrom Bramwell przeczy, ażeby zdolność powtarzania, głośnego czytania i pisania dyktowanego miała znaczenie dla rozpoznania i rozróżnienia afazyi czuciowej poza-

korowej, od korowej, sądząc, że zdolność ta może być utrzymaną również przy afazyi korowej, bądź to przez częściowe tylko uszkodzenie odpowiedniego ośrodka słuchowego, bądź też z powodu zastępczej czynności prawostronnego, równoznaczącego ośrodka, jak mniema Bastian, względnie drogą bezpośredniego połączenia ośrodka optycznego *o* z ośrodkiem ruchowym *m*.

Dalsze szematy i podziały niemoty:

Oprócz wyżej opisanego szematu Małachowskiego *(ryc. 2)* należy jeszcze wspomnieć o różnych szematach in-

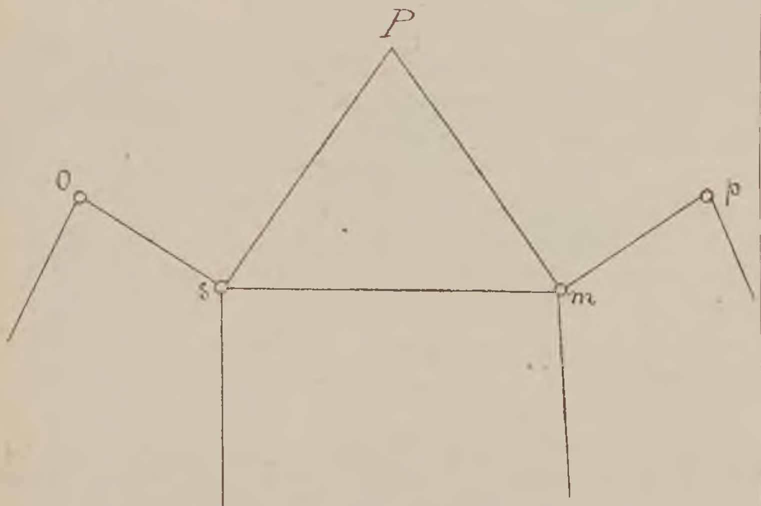


Fig. III.

nych autorów. Wernicke, przecząc istnieniu osobnego ośrodka wzrokowego dla pisma, przyjmuje połączenia ośrodka *o* z *s*, *m* i *p* według wzoru na *ryc. 3*, t. j. że impuls do ruchów do pisania przechodzi przez pojęcie słowne *s* i *m* do *p*

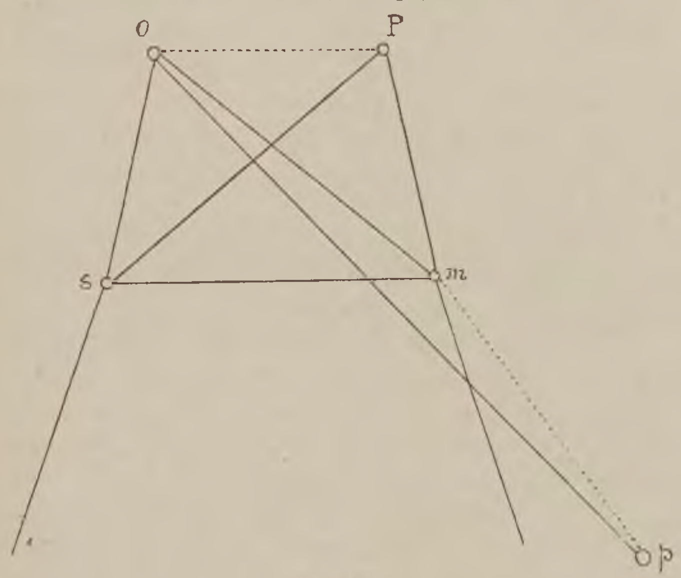


Fig. IV.

albo według szematu na *ryc. 4*. Czytanie ciche odbywa się drogą *o-s-P*, głośne drogą *o-s-P-m*, czytanie bez rozumienia drogą *o-s-m*. U niektórych osób istnieje bezpośrednie połączenie *o* z *m*, to znaczy, że obrazy wzrokowe przeobrażają się wprost w ruchowe (p. wyżej spostrzeżenie Byroma Bramwella). Takie osoby czytają z rozumieniem drogą *o-m-P*, albo *o-m-s-P*. Może istnieje także połączenie bezpośrednie między *o* a *P* i przy znakach, n. p. liczbach, nie przechodzących zwykle odrazu w dźwięki, przenoszenie odbywa się wprost od obrazu pisma do pojęcia i ztamtąd dopiero do ośrodków mowy. Połączenie *o-p* pośredniczy do kopiowania. Samodzielne pisanie ma według pewnych autorów albo przychodzić do skutku u pewnych osobników przez inerwacyę drogi *P-s-o-p*, t. j. od pojęcia do ośrodka czuciowego, ztąd do pamięci wzrokowej dla znaków pisania i nakoniec do ośrodka ruchowego dla ręki prawej. Mogą jednak pod tym względem zachodzić różnice indywidualne.

Podobne szematy podali Spamer, Baginsky, Kussmaul i inni. Baginsky przyjmuje osobne ośrodki pamięciowe. Według Spamera ośrodki ruchowe zostają pobudzone do czynności wprost przez ośrodek ideacyi z pominięciem ośrodka dla obrazów słownych, podczas gdy zdaniem Kussmaula pobudzenie do wyrażenia słowa idzie tą samą drogą odśrodkowo, jaką się odbywa percepcya dośrodkowa, t. j. przez ośrodek czuciowy, słuchowy.

Kussmaul dzieli zaburzenia mowy afatyczne na 1) afazyą ataktyczną, 2) af. amnestyczną, 3) głuchotę wyrazową, 4) parafazyę, 5) agramatyzm i akatafazyę. Afazya ataktyczna odpowiada niemocie ruchowej podkorowej; chory jest w stanie pisać, nie może zaś powta-

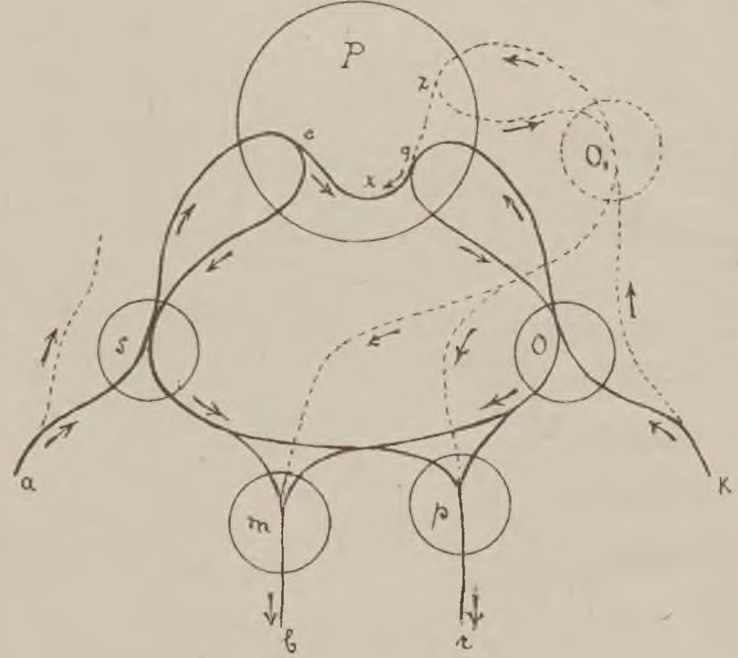


Fig. V.

rzać. Afazya amnestyczna polega na zaburzeniu przewodnictwa między ośrodkiem ideacyi, a ośrodkiem słownym, i odpowiada afazyi korowej i pozakorowej ruchowej. Chory może powtarzać, a nie jest w stanie pisać.

Szemat Kussmaula przedstawia *ryc. 5*, którego litery oznaczają to samo, co w szematach poprzednich. Tor słuchowy i ruchowy dla mowy głosowej przedstawia droga *a-s-c-s-m-b*; tor wzrokowo-ruchowy dla mowy piśmiennej droga *k-o-q-o-p*, przyczem *k* oznacza obwodowy narząd wzrokowy, *c* i *q* odpowiednie części ośrodka pojęciowego. Mowa dziecięca, powtarzanie mechaniczne, odbywa się drogą *a-s-m*; kopiowanie mechaniczne przez *k-o-p*; samodzielna mowa przez *c-s-m*; samodzielne pisanie przez *q-o-p*. Droga *c-x-q* przedstawia połączenie obrazów głosowych a piśmiennych i umożebnia przeobrażenie znaków głosowych w znaki piśmienne za pośrednictwem myśli. Droga *s-p* pośredniczy między ośrodkiem dla obrazów głosowych a ośrodkiem ruchowym dla pisania; droga *o-m* między ośrodkiem dla obrazów pisma a ośrodkiem ruchowym głosowym. Zatem dyktowanie bez rozumienia

odbywa się drogą *a-s-p*, czytanie bez rozumienia *k-o-m*. U głuchoniemych wszystkie drogi, prowadzące przez *s*, są wyłączone, pisanie zaś jest utrzymane drogą nienaruszoną. Przez ćwiczenie wytwarza się u takiego chorego nowy ośrodek pamięciowy optyczny O_0 dla ruchów mimicznych, wykonywanych przy mowie w zastępstwie ośrodka słuchowego *s* i w następstwie rozwijają się drogi o_0-*z* i o_0-*m*. Ostatnia zastępuje *s-m* i pośredniczy w mowie samodzielnej. Droga *z-q* łączy mimiczne obrazy mowy z obrazami piśmiennymi słów i umożebnia pisanie dyktowanego.

Przy afazyi ataktycznej odpadają ośrodek *m* i drogi *s—m* i *o—m*. Objawy jak przy afazyi ruchowej korowej. Chory taki odpowiada, jak automat, na wszystkie pytania zawsze temi samemi stereotypowemi słowami, posiada mały tylko zapas słów, albo tylko szczątki wyrazów. Pisanie nienaruszone. Przy przerwaniu drogi *s—m* chory, cierpiący na afazyę przewodnictwa według Wernickego, nie może mówić, ani pisać i czytać, według zaś szematu Kussmaula chory taki może pisać dyktowane drogą *s—p* i czytać drogą *o—m*, co odpowiada więcej afazyi ruchowej pozakorowej.

Przy afazyi amnestycznej lżejszego stopnia droga *c—s* przemijająco jest zamknięta. W przypadkach zupełnej afazyi amnestycznej z agrafią ośrodki *s* i *o* są wykluczone i zatem wszystkie drogi eks- i impresyjne są nieczynne.

W głuchocie wyrazowej z parafazyą droga *a—s—c* osłabiona; podczas gdy droga odwrotna od *c* do osłabionego ośrodka *s* jeszcze czynna, droga *s—m* nienaruszona, z czego wynika niemożność rozumienia wyrazów i parafazya.

W ślepocie wyrazowej cierpi albo droga *o q—o*, samodzielne pisanie stracone, kopiowanie utrzymane, albo tylko droga *o—q* jest przerwana i wtedy czytanie z rozumieniem niemożebne, obok możności pisania samodzielnego i dyktowanego utrzymaną drogą *q—o—p*, względnie *a—s—p*.

Ziehen dzieli zaburzenia afatyczne na podstawie szematu *(rysunek 6)*. Mowa samodzielna odbywa się drogą od

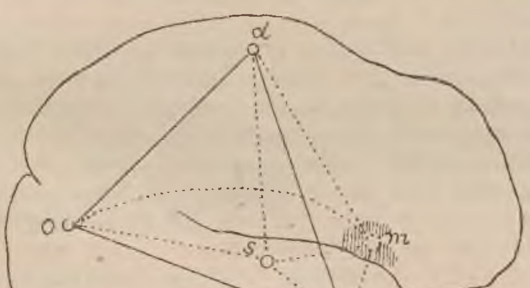


Fig. VI.

ośrodków percepcyjnych w *o*, *d* i *w* (=*P*) do *s* i ztąd do *m*. Połączenie bezpośrednie między *P* a *m* istnieje tylko wyjątkowo u pewnych osobników, zazwyczaj zaś nie jest ono czynne.

1) Afazya ruchowa, uszkodzenie w *m* odpowiada afazyi r. korowej (Wernicke).

2) Afazya śródośrodkowa, — przerwanie drogi *s—m*, objawy jak przy 1), gdyż według Z. *m* niema innego połączenia z *P*, jak przez *s*.

3) Afazya czuciowa: choroba w *s*. I tu z powodu wykluczenia ośrodka *m* należałoby się spodziewać zupełnej afazyi ruchowej. Doświadczenie, które uczy, że tu ma tylko miejsce parafazya ruchowa, tłómaczy Z. tem, że u niektórych osób istnieje przecież droga *P—m* (t. j. *o—m*, *d—m*, *w—m* i t. d.), albo że droga taka wyjątkowo obejmować może zastępczo czynność drogi *Psm*, albo też, że *s* w takich przypadkach nie jest całkiem zniszczone, lecz tylko osłabione i samodzielnie nieczynne, lecz zdolne jeszcze do przewodzenia.

4) Afazya czuciowa pozakorowa jest zupełna, jeżeli wszystkie drogi od *d*, *w*, *o* do *s* są przerwane. Częściej jedna tylko z tych dróg jest nieczynna, a wtedy mamy afazyę optyczną pozakorową (p. niżej), jeżeli droga *o—s* jest nieczynna, względnie afazyę pozakorową dotykową, lub węchową w dotknięciu drogi *d—s*, względnie *w—s*.

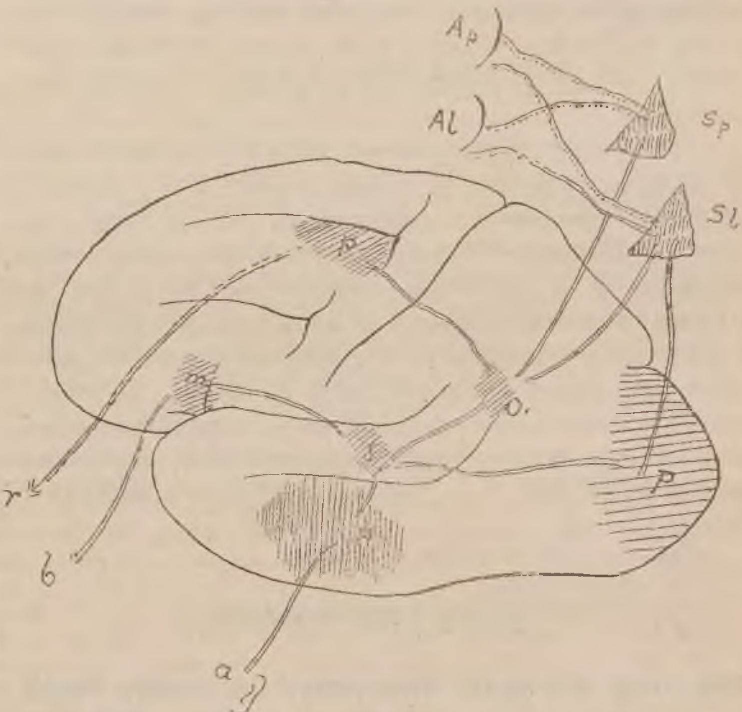


Fig. VII. *Ap* = siatkówka prawa, *Al* = siatkówka lewa, *Sp Sl* pole wzrokowe prawe i lewe w potylicy (Cuneus), *H* = ośrodek słuchowy spostrzeżeniowy.

5) Afazya ruchowa pozakorowa przy przerwaniu wyjątkowo istniejącego połączenia *P—m*.

Dla czytania i pisania przyjmuje Z. następujący szemat *(rysunek 7)*.

Mowa samodzielna odbywa się drogą *P—s—m—b*. Rozumienie mowy *a—s—P*, czytanie: *A—S—o,—s—m—b*. Rozumienie pisma: *A — S — o, — s — P* samodzielne pisanie: *P—s—o,—p—r*, dyktowane: *a — s — o, — p — r*, kopiowane: *A—S—o—p—r*. Zaburzenia tych czynności mają następujące formy:

1) Aleksya ośrodkowa, zniszczenie w *o*, odpowiada aleksyi korowej Wernickego (patrz wyżej).

2) Aleksya śródośrodkowa (intercentralna) przerwane drogi *s—o*, odpowiada aleksyi zakorowej Wernickego patrz wyżej).

3) Agrafia śródośrodkowa, przerwanie drogi *o,—p* odpowiada agrafii przewondictwa (Wernicke).

4) Agrafia ośrodkowa, zniszczenie *w—o*, odpowiada agrafii korowej (Wernicke).

Bezpośredniego połączenia *m — o*, Z. nie przyjmuje przyznaje jednak, że niektóre spostrzeżenia kliniczne przemawiają za istnieniem takiej drogi. Taksamo dopuszcza mo-

żebność istnienia u niektórych osób bezpośredniego połączenia *m—p*.

Do anartryi Z. zalicza:

1) Anartrya fascicularis odpowiada afazyi ruch podkorowej (W.), polega na częściowem przerwaniu włókien łączących jądra nerwów w moście i rdzeniu przedłużonym z korą mózgową. Całkowite zniszczenie tych dróg pociąga za sobą oczywiście zupełną afazyę ruchową.

2) Anartrya nuclearis, polegająca na częściowem zniszczeniu samych jąder nerwu twarzowego, podjęzykowego, językowo-połykowego, względnie błędnego, dodatkowego (*vagus, accessorius*). Objawy: mowa nosowa, zwolniona, przerywana, jak przy stwardnieniu rozsianem, uwiądzie rdzenia i t. d.

Przyjmując osobny ośrodek słuchowy spostrzeżeniowy *H* w korze mózgowej na drodze między *a* a *s*, podobnie jak Munk dla wzroku, przypisuje Z. objawy afazyi czuciowej podkorowej (W.) przerwaniu połączenia między tym ośrodkiem *H*, a ośrodkiem pamięciowym Wernickego *s* i nazywa tę formę afazyą czuciową agnostyczną. Ziehen nie przyjmuje postaci agrafii podkorowej (W.), gdyż objawy tej postaci są zawsze częściowo zależne od porażenia ręki prawej. Aleksyę zaś podkorową, polegająca na przerwaniu między ośrodkiem wzrokowym spostrzeżeniowym, a pamięciowym dla liter *S—o*, nazywa on aleksyą agnostyczną.

IV. Oceny i sprawozdania.

Kilka uwag, przeważnie historycznych, z powodu książki Dr. med. Stanisława Orłowskiego pod tyt. „**Suggestya i hypnotyzm**“. *(Warszawa, 1902, str. 166, Biblioteka dzieł wyborowych Nr. 256).*

Popularyzować nauki przyrodnicze wogóle, a wiedzę lekarską w szczególności, jest rzeczą arcytrudną. Nie dość bowiem przyswoić sobie dokładnie jakąkolwiek naukę, aby być dobrym popularyzatorem; trzeba posiadać nadto dar jasnego tłómaczenia się. Ponieważ wielu tak zwanych „popularyzatorów wiedzy“ nie posiada tych dwóch koniecznych warunków, mamy przeto wielu popularyzatorów lichych, a mało dobrych. Do ostatnich niewątpliwie należy dr. Orłowski. Nawiasem dodam, iż jasny wykład, czyli, jak się to mówi, popularny sposób pisania, stanowi prawdziwą ozdobę każdego pisarza. Książkę dra Orłowskiego z pożytkiem i przyjemnością przeczytać może nietylko zwykły czytelnik, który nie zna zupełnie zjawisk hipnotycznych, ale nawet lekarz, obeznany z piśmiennictwem, dotyczącem poddawania (suggestyi) i hipnotyzmu. Znajdzie on bowiem w dziełku dra Orłowskiego nader umiejętnie ugrupowane dotychczasowe zdobycze naukowe na polu poddawania i hipnotyzmu, spotka obok jasnego wykładu szeroki, a zawsze krytyczny pogląd na całokształt zjawisk hipnotycznych, znajdzie wreszcie nie tylko streszczenie tego, co już inni w tej sprawie napisali, ale również własne spostrzeżenia autora, potwierdzające, a nieraz uzupełniające spostrzeżenia innych badaczów.

Książka dra Orłowskiego składa się z następujących rozdziałów: 1) Nieco historyi. 2) Poddawanie. 3) Stan hipnotyczny i jego objawy. 4) Hipnotyzm i poddawanie w stosunku do prawoznawstwa. 5) Poddawanie i hipnotyzm w medycynie.

Nie wszystkie jednak rozdziały opracowane są jednakowo. Słabszym od innych jest rozdział pierwszy, któremu autor poświęcił 36 stronic. Na tych 36 stronicach nie masz ani jednego wiersza, poświęconego historyi hipnotyzmu u nas, jak gdyby tylko za granicą zajmowano się zjawiskami hipnotycznemi, a u nas nigdy. A przecież tak nie było i nie jest. Nie jest, gdyż od lat szeregu zajmuje się u nas poddawaniem i hipnotyzmem były docent wszechnicy lwowskiej, dr. fil. Ochorowicz. Autor, który zna dokładnie współczesne piśmiennictwo, poświęcone poddawaniu i hipnotyzmowi, zna niezawodnie i prace dra Ochorowicza, z którym można się często nie zgadzać, ale któremu nie można odmówić zasługi, iż nie tylko sam pracował w dziedzinie nauki hipnotyzmu i poddawania, ale także pracami swojemi zachęcał do tego innych. Parę artykułów o hipnotyzmie ogłosił on w „Przeglądzie Lekarskim“ w r. 1881 i 1882. Badaniem zjawisk hipnotycznych zajmował się u nas także prof. Cybulski, który o hipnotyzmie wydał dwie prace, a mianowicie: „O hypnotyzmie ze stanowiska fizyologicznego“ (Przegląd Lekarski r. 1887) oraz „Spirytyzm i hypnotyzm“ (Kraków 1894). Autor przytacza nazwiska współczesnych badaczów francuskich, szwajcarskich, niemieckich, szwedzkich, rosyjskich i innych, o rodakach tylko snadź zapomniał zupełnie.

Ale i dawniej, gdy Mesmer żył jeszcze, zajmowano się u nas zjawiskami hipnotycznemi. W Wilnie na początku ubiegłego stulecia powołani i niepowołani hipnotyzowali i leczyli poddawaniem. Zaczęły się spory naukowe między zwolennikami a przeciwnikami hipnotyzmu, czyli magnetyzmu zwierzęcego, jak naówczas hipnotyzm nazywano. Zwolennicy magnetyzmu zwierzęcego wpadali nieraz w przesadę, jak to zresztą często bywa u apostołów jakiejś nowej nauki; przeciwnicy zaś — albo zbyt sceptycznie zapatrywali się na magnetyzm zwierzęcy i jego wartość leczniczą, albo starali się go wprost ośmieszyć, walcząc bronią dość często niestety używaną w sporach naukowych.

W numerach 15, 16 i 17 „Dziennika Wileńskiego“ z roku 1815, jeśli się nie mylę, była umieszczona rozprawa o magnetyzmie zwierzęcym. W r. 1816 wyszedł pierwszy tom „Pamiętnika magnetycznego wileńskiego“, poświęconego przeważnie hipnotyzmowi. W tomie tym znajduje się odpowiedź na wspomniany wyżej artykuł, umieszczony w „Dzienniku Wileńskim“, sporo rozprawek o magnetyzmie zwierzęcym, przekłady urywków ze słynnego ongi dzieła *„Histoire critique du magnetisme animal par J. P. F. Deleuze. Paris 1813“* (tomów 2), wreszcie opisy doświadczeń i spostrzeżeń, uczynionych przez zwolenników magnetyzmu zwierzęcego u nas.

Nie brakło w Wilnie i przeciwników hipnotyzmu. Jan Śniadecki „ostro jak zwykle gromił słowami praktyki magnetyczne, z których się nic jasnego i pożytecznego dla nauki nie okazywało. Brat jego Jędrzej, jako lekarz i fizyolog, widział w magnetyzmie zwierzęcym, jeżeli istotnie osoba magnetyzowana była przyprowadzona do snu i jasnowidzenia: objawy choroby nerwowej, tak jak się to zdarzało z tego rodzaju chorymi nie magnetyzowanymi, i nic więcej“. (Michał Baliński: Pamiętniki o Janie Śniadeckim. Wilno 1865. 2 t.).

Do przeciwników magnetyzmu zwierzęcego należał także w Wilnie słynny Józef Frank, który najwięcej drwił sobie z tej nowej nauki i jej gorliwych zwolenników. Napisał on rozprawę o magnetyzmie zwierzęcym i wydrukował ją w „Dzienniku Medycyny, Chirurgii i Farmacyi“ (T. I. Wilno, 1822. Nr. 2).

Z profesorów wileńskich jeszcze jeden zabierał głos w sprawie hipnotyzmu, mianowicie Adamowicz. Rozprawa jego pod tyt.: „Uwagi nad magnetyzmem zwierzęcym“ została wydrukowana w r. 1855 w „Pamiętniku Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego“. Inne artykuły z tej dziedziny umieścił Adamowicz w „Kuryerze Wileńskim“ z r. 1860 i 1863.

Z tych kilku uwag, które tu przytoczyłem, łatwo czytelnik osądzić może, iż jak dawniej, tak i teraz, nietylko zagranicą leczono poddawaniem i badano zjawiska hipnotyczne, jakby to z książki dra Orłowskiego wywnioskować

można było, lecz że i u nas zajmowano się hipnotyzmem nawet już przed stu blizko laty.

Na zakończenie jeszcze dodam, iż w książce dra Orłowskiego znalazłem jedno zdanie, na które żadną miarą zgodzić się nie można. Autor mówiąc o Braidzie, pisze: „Sam Braid jednakże nie wytrwał do końca na stanowisku bezstronnego spostrzegacza, notującego w nowej dziedzinie tylko fakty: z czasem uległ on pokusie wysnuwania fantastycznych teoryi. Połączył mianowicie w jedną całość swoje realne i ważne odkrycia z dziedziny hipnotyzmu z urojoną doktryną frenologiczną Galla, zkąd powstała dziwna mięszanina, jakaś freno-hipnologia“.

Przedewszystkiem coby to był za uczony, który by „notował tylko fakty“, a nie starałby się ich powiązać w jakąś całość, czyli „nie wysnuwałby teoryi?“

Następnie nie godzi się z takiem lekceważeniem mówić o genialnym badaczu, a teoryę jego nazywać „urojoną doktryną“. Gall bowiem nie wysnuł z fantazyi swojej teoryi, lecz przytaczał na jej poparcie nie tylko moc własnych spostrzeżeń, zrobionych na ludziach, ale także gruntowne badania anatomiczne i anatomo-porównawcze. On pierwszy nauczał, iż rozmaite części kory mózgowej rozmaite posiadają czynności. Dzięki tej „urojonej doktrynie“ Gall odkrył ośrodek mowy w mózgu, odkrycie którego jak najniesłuszniej przypisują powszechnie Pawłowi Broca. Niektóre przypuszczenia Galla teraz dopiero, dzięki pracom Goltza i Möbiusa, zostały potwierdzone. W obronie niesprawiedliwie podeptanej sławy Galla wystąpili w ostatnich latach dwaj uczeni: Möbius *(Schmidts Jahrbücher der gesammten Medicin Bd. 262. 1899)* i Bunge *(Lehrbuch der Physiologie des Menschen. Leipzig 1901)*.

Tem przyjemniej nam, iż na wielkości Galla już przed stu laty poznał się nasz Jędrzej Śniadecki, to jest wtedy, gdy Gall nie ogłosił był jeszcze swych znakomitych dzieł: *„Recherches sur le système nerveux en général et sur celui du cerveau en particulier. Paris 1809“* i *„Anatomie et physiologie du système nerveux etc. 1810 1818“* (4 t. z atlasem).

Jędrzej Śniadecki w rozprawie swej „Krótki wykład systematu Galla z przyłączeniem niektórych uwag nad jego nauką“ (Dziennik Wileński Nr. 1. 1805 r.) tak pisze:

„Systema Fizyonomiczne Doktora Gall, chociaż dotąd żadném od Autora nie ogłoszone dziełem, oprócz listu adresowanego do Barona Retzer (List ten znaiduie się w piśmie peryodyczném Wielanda „Neuer Deutscher Mercur“, na rok 1798), w którym pierwszy iego rys wydał; dało pochóp do wielu pism nietylko w niemieckim, ale i w innych ięzykach i ściągnęło powszechną na siebie uwagę. Jakiżkolwiek los naukę tę spotkać na przyszłość może, nosi ona na sobie niewątpliwą cechę gieniuszu i oryginalnéy śmiałości i zdaie się zawierać nasiona prawd ważnych, zblizka interesuiących człowieka“. *A. Wrzosek.*

V. Wyciągi.

Hamburger. **O uprawnieniu i konieczności przerwania ciąży u kobiet gruźliczych, pochodzących z klasy roboczej.** (*Berliner klin. Wochenschrift* 1902, Nr. 45—47). Na podstawie własnej kazuistyki dochodzi autor do następujących wniosków: 1. Walka z gruźlicą, jako chorobą społeczno-narodową, pozostanie wadliwą, jeżeli społeczeństwo nie zajmie się kwestyą, co należy czynić, jeśli robotnice i żony rękodzielników, obarczone gruźlicą, zastąpią w ciążę, gdyż ich stosunki majątkowe nie pozwalają na skuteczne leczenie tej choroby. 2. Ponieważ ciąża dla kobiety gruźliczej ze sfer robotniczych jest wprost nieszczęściem, albowiem nie jest możebnem przez ten czas wpłynąć na jej chorobę, a zatem czas ten jest dla leczenia stracony; dalej, ponieważ z drugiej strony możebność utrzymania przy życiu potomstwa, zrodzonego przez suchotnicę z klasy roboczej jest mała i według naszego zapatrywania każda chora na gruźlicę stanowi niebezpieczeństwo dla otoczenia; przeto wzgląd na chorą, jej rodzinę i na ogół wymaga, by nie tracić czasu drogiego przez 9 miesięcy i przerwać ciążę jak najwcześniej. 3. Rozumie się, że należy w każdym przypadku indywidualizować; atoli przerwanie ciąży zawsze będzie usprawiedliwionem, jeśli już nie wskazanem, jeżeli w plwocinach stwierdzono prątki gruźlicze. 4. Dla walki z tą chorobą społeczną wielkie miałoby znaczenie, gdyby wypowiedziane właśnie przekonanie przyjęło się w podręcznikach położnictwa, przedewszystkiem jednak, jeśliby następny zjazd przeciwgruźliczy nie przemilczał tej sprawy, lecz otwarcie wystąpił z następującą zasadą: „Jeśli w rodzinie żona zapadnie na gruźlicę, znamionującą się wychudnieniem, utratą sił, bezustannym kaszlem, ropnemi lub krwawemi plwocinami, należy ją wszystkimi możliwymi środkami ostrzegać przed ciążą; jeżeli zaś mimoto kobieta zastąpi, należy natychmiast zawezwać lekarza, który wraz z drugim lekarzem, spisawszy protokół mają rozstrzygnąć, czy w tym przypadku kobieta bez niebezpieczeństwa dla życia ma pozostać w ciąży aż do porodu“. *Dr. Fels.*

Wagner. **Zapalny guz powłok brzusznych, wywołany przez ciało obce, wyszłe z jelita.** (*Münchener med. Wochenschrift* Nr. 46, 1902). Chora przebyła przed dwoma laty zapalenie wyrostka robaczkowego, które leczono zachowawczo. Przed rokiem wystąpił w okolicy dolnej prawej strony brzucha obrzęk dość bolesny, a w jakiś czas potem poczuła chora przy dźwiganiu ciężaru bardzo znaczny ból w tej okolicy, połączony z dreszczami. Badanie w styczniu 1902 r. wykazywało u chorej gorączkującej (39,5), o tętnie 120, na dwa palce nad więzem Pouparta, guz wielkości głowy dorosłego człowieka, na powierzchni twardy, pozostający w związku z powłokami brzusznemi; guz ten rozszerzał się ku miednicy małej, lecz związku z macicą nie dało się wykryć. Rozpoznanie wahało się między torbielem jajnikowym z okręconą szypułą, starą wypociną około jelita ślepego i mięsakiem powłok brzusznych. Przy otwarciu jamy brzusznej okazało się, że ma się do czynienia z guzem powłok brzusznych, który przebił się do jamy otrzewnowej, a z otworu przebicia sączyła się miazga; otrzewna zaś była niezmieniona. Nacięto więc guz od wewnątrz, część wycięto dla badania, które dało niepewne rozpoznanie: *fibrosarcoma fasciculare*, lub promienica. Przy opatrywaniu miejsca naciętego wylała się w kilka dni później znaczna ilość cuchnącej ropy, poczem podwyższona ciepłota zaraz opadła. W trzy tygodnie stanu bezgorączkowego znów wróciła gorączka i obrzęk, a wtedy W. znowu naciął ten obrzęk i przy skrobaniu trafił na ciało obce kształtu półksiężycowatego, 5½ ctm. długie, dające wrażenie kości z główeczką na końcu. Wywiady szczegółowe wyjaśniły, że chora tę kość połknęła; kość ta przeszła przez przewód pokarmowy i zatrzymała się w jelicie ślepem: tu przebiła ostrym swym końcem ścianę jelita i wywołała typowe zapalenie przykątnicze, które spokojnie przeszło, a kość się otorbiła. Z okazyi jakiegoś potknięcia się chorej kość przebiła powłoki brzuszne i dała powód do sprawy zapalnej w powłokach. *B. Żmigród.*

Krull. **O obrocie z następującem wyciągnięciem płodu przy miednicach ciasnych na podstawie 320 przypadków.** (*Arch. für Gyn.* tom 67, zeszyt 2, 1902). Wszystkie tu należące przypadki miednic ścieśnionych podzielił autor na cztery grupy: 1) miednice płaskie i płaskie krzywicze, wymiar prosty skośny (*conjungata diagonalis*) między $11\frac{1}{2}$—$8\frac{3}{4}$ ctm., 114 przypadków; 2) miednice ogólnie ścieśnione, — wymiar prosty skośny między 11—$9\frac{1}{4}$ ctm. — 61 przypadków; 3) ogólnie ścieśnione płaskie krzywicze, wymiar prosty skośny między $10\frac{1}{2}$—$8\frac{3}{4}$ ctm. — 145 przypadków; 4) miednice, będące według wymiarów zewnętrznych ścieśnione, a u których wymiar prosty skośny wskutek pewnych przyczyn nie został oznaczony. Autor dlatego opierał się przy ocenie miednic na oznaczeniu wymiaru prostego skośnego, a nie wymiaru prostego prawdziwego (*conjugata vera*), gdyż obliczanie tego ostatniego nie zawsze jest pewne, zależnie od tego, ile się odejmie od wymiaru prostego skośnego; ten zaś oznaczano zapomocą palca. Obrót starano się robić o ile możności przy ujściu zupełnie rozwartem, w czasie wolnym od bólów. Po obrocie czekano 4—2 minut, poczem przystępowano do wyciągnięcia płodu. Przy wyciąganiu główki często bardzo dobre usługi oddawało położenie rodzącej Walchera i ucisk ręką płaską z zewnątrz. Po operacyi zawsze zasadniczo oglądano we wzierniku szyjkę maciczną, szyto nawet małe naddarcia (ztąd tak wielka ich ilość). Bardzo często używano balonu do pochwy i do macicy. Przy miednicach ścieśnionych oddaje balon zastosowany do pochwy znakomite usługi, a to: 1) w celu utrzymania pęcherza aż do zupełnego rozwarcia ujścia macicy, lub utrzymania pozostałych jeszcze wód po przedwczesnem pęknięciu pęcherza płodowego; 2) w celu wzmocnienia słabych bólów porodowych i 3) w celu przygotowania części miękkich, szczególnie u pierwiastek. Do macicy zaś stosowano balon w celu zastąpienia nim przedwcześnie pękniętego pęcherza płodowego, dalej w celu szybkiego rozwarcia ujścia macicy i wreszcie w celu wywołania bólów po-

rodowych. Wskazanie do obrotu przy miednicach ciasnych może być trojakie: 1) bezwzględne, do których należą przypadki, wymagające operacyi tej także przy miednicy prawidłowej: poprzeczne i ukośne położenie płodu, łożysko przodujące, nie dające się usunąć; wreszcie ciężkie choroby matki. 2) Wskazanie względne: tu należą przypadki ścieśnionych miednic, w których główka płodu wstawia się fałszywie lub niekorzystnie: położenia ciemieniowe, twarzowe i czołowe. Przy miednicach prawidłowych możnaby w tych przypadkach czekać i spodziewać się porodu dobrowolnego, — przy ścieśnionych jednak wynik ten jest prawie wykluczony i dlatego lepiej jest przy odpowiednich warunkach wykonać obrót. 3) Tak zwany obrót zapobiegawczy: tu należą przypadki ścieśnionych miednic, gdzie główka płodu przy stojącym pęcherzu wstawia się korzystnie, a mimoto wykonuje się obrót jedynie ze względu na miednicę. Wyniki były następujące: przy miednicach płaskich i płaskich krzywiczych: z 114 matek, u których wykonano z powyższych wskazań obrót z następowem wyciągnięciem płodu, umarła jedna (krwotok poporodowy); 76 miało połóg prawidłowy, 26 przejściowo zaburzony, reszta gorączkowała dłużej. Na 109 płodów, które żyły przed operacyą, urodziło się żywych 87 = 79·8%; wypuszczono z kliniki żywych 76 = 69·7%; po pominięciu pierwiastek wyniki są lepsze: urodziło się żywych dzieci 84%, a wyszło żywych 74·5%.

Przy miednicach ogólnie ścieśnionych: z 61 matek umarły dwie (w obu przedarcie macicy), 41 miało połóg prawidłowy, 12 przejściowo zaburzony, reszta gorączkowała dłużej. Na 57 płodów, które żyły przed operacyą, urodziło się żywych 42 = 74%, wypuszczono żywych 39 = 67·2%; po pominięciu pierwiastek urodziło się dzieci żywych 76·5%, wyszło żywych 72·5%.

Przy miednicach ogólnie ścieśnionych płaskich krzywiczych: z 145 matek umarło 7 (2 krwotoki, 2 przedarcia macicy, 1 ropnica, 1 ropne zapalenie otrzewnej, 1 zator), 88 miało połóg prawidłowy, 33 przejściowo zamącony, reszta gorączkowała dłużej. Z 140 płodów, które żyły przed operacyą, urodziło się żywych 103 = 73·5%, wypuszczono żywych 94 = 67·1%; — po pominięciu pierwiastek urodziło się dzieci żywych 75%, wypuszczono żywych 70%. Na podstawie tych, jakoteż i innych dast tatystycznych, dotyczących wyników tej operacyi u matek i ich dzieci przy rozmaitych długościach wymiaru prostego skośnego, dochodzi autor do następujących twierdzeń: 1) granica, do której można przy ścieśnionych miednicach i średnio-dużym płodzie wykonać ze skutkiem obrót i wyciągnięcie płodu, leży — dla miednic płaskich, płaskich krzywiczych i ogólnie ścieśnionych płaskich krzywiczych przy wymiarze prostym skośnym 9 ctm., — dla ogólnie ścieśnionych przy wymiarze prostym skośnym długości 9½ ctm. 2) U pierwiastek należy o ile możności unikać obrotu i ograniczyć go do przypadków gdzie zachodzi konieczne wskazanie z powodu niebezpieczeństwa grożącego matce (drgawki), lub dziecku (wypadnięcie pępowiny, położenie poprzeczne płodu, nieprawidłowe, stale się utrzymujące wstawianie się główki.) 3) U pierwiastek należy zasadniczo zachować się wyczekująco. Postępowanie to może być także usprawiedliwione u wieloródek ze ścieśnioną miednicą, znajdująca się w granicach dającego się wykonać obrotu, jeżeli główka jest korzystnie wstawiona. 4) Dla lekarza praktycznego jednak jest obrót z następowem wyjęciem płodu bardzo cennym środkiem pomocniczym w takich przypadkach (t. zw. obrót zapobiegawczy). 5) Nie ulega wątpliwości, że operacya ta ogranicza wykonanie cięcia cesarskiego z wskazania względnego i cięcia łonowego. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Moszkowicz. **O podskórnych protezach parafinowych** (referat zbiorowy). (*Klin. therapeut. Wochenschrift* Nr. 43, 1902). Autor zgromadził w swem sprawozdaniu zbiorowem wszystkie prace, tyczące się wypełniania najrozmaitszych ubytków przez podskórne wstrzykiwanie parafiny, będące metodą jego szefa Gersunyego. Chirurg ten zalecił swoją metodę w następujących wskazaniach: jako 1) wypełnienie przestworu po wycięciu jąder; 2) dla poprawienia wyników operacyi przy szczelinach w podniebieniu; 3) w przypadkach mimowolnego moczenia przy braku cewki moczowej; 4) w celu zatrzymania kału po wycięciu prostnicy lub zniszczeniu zdziergacza rzyci (Oskar Wolff); 5) jako środek umożebniający zamknięcie wrót przepuklinowych; 6) w wypadnięciach pochwy; 7) w pewnych nieprawidłowościach kształtu nosa, mianowicie przy nosie siodełkowatym; 8) dla usunięcia wciągnięć bliznowatych po wycięciach żeber; 9) dla wypełnienia ubytków po wycięciu szczęki górnej; 10) po wyjęciu gałki ocznej, by proteza oczna miała lepsze oparcie (Dianoux, Rohmer); 11) między kości po wycięciu stawów, by uniknąć wytworzenia się sztywności; 12) w celu wypełnienia jamy, powstałej po doszczętnej operacyi wyrostka sutkowego; 13) dla nadania kształtu muszli usznej, zniekształconej z powodu zapalenia ochrzęstnej; 14) w stanach zanikowych błony śluzowej nosa dają wstrzykiwania parafiny bardzo dobre wyniki nawet w tych przypadkach, gdzie przepłókiwania, nacięcia i przypalania galwanokauterem pozostały były bezskuteczne (Brindel, Delie, Lake); 15) w połowiczym zaniku twarzy, by usunąć zeszpecenie, (autor ma trzy przypadki podobnego leczenia, Luxenburger dwa); 16) w wypadnięciach odbytnicy (Karewski zastosował to w siedmiu przypadkach u dzieci ze znakomitym wynikiem).

Co do rodzaju parafiny, używanej do wstrzykiwań, zbija autor zapatrywanie Steina, który radzi posługiwać się parafiną o topliwości 42—43° C., a szczególniej zdanie Ecksteina, który zaleca parafinę o 61—63° topliwości. Parafina nie może uledz wessaniu już z powodu swych własności fizycznych, gdyż z płynami ustrojowymi nie miesza się, a może tylko w takisam sposób ulegać wessaniu, jak tusz lub cynober. Ulega ona przerastaniu i otorbieniu, jak inne obce ciała gąbczaste, wprowadzone do ustroju. Na oddziele Gersunyego wstrzykują wazelinę, a więc parafinę o 36—40° topliwości i nigdy wessania nie zauważono. Co do powstawania zatorów płuc, które zdaniem Ecksteina powstają przy wstrzykiwaniu parafiny Gersunyego, to w dwóch przypadkach powstały zatory po wstrzyknięciu parafiny także wyżej topliwej (Pfannenstiel, Leiser), gdyż wstrzyknięto parafinę płynną i gorącą, podczas gdy Gersuny ją wstrzykuje jako maść. Według Ecksteina należy wstrzykiwać parafinę płynną i gorącą; musi się więc mieć dużą wprawę, by parafina nie zastygła, a z drugiej strony żeby nie wywołała oparzenia miejsca wstrzyknięcia. Na mocy swego trzyletniego doświadczenia radzi autor wstrzykiwać parafinę zaleconą przez Gersunyego o topliwości 36—40°; jestto biała wazelina lekarska, którą gotują na miseczce porcelanowej i naciągają zwykłą strzykawką Pravaza. Po nadzianiu igiełki wstawia się strzykawkę do alkoholu, by parafina stężała i wstrzykuje się, jeśli przez igłę strzykawki przechodzi jako cienka niteczka. Wstrzykuje się przedtem nieco kokainy lub roztwór Schleicha i aspiruje: jeśli krew nie występuje, (a krew wypływa, gdy igła jest w żyle), zdejmuje się strzykawkę z płynem Schleicha, nakłada strzykawkę z parafiną i wstrzykuje się, ograniczając palcami pole, dokąd parafina ma najdalej dojść. W przypadkach nosa siodełkowatego zakłada się na nos sprężynkę od binokli, którą się zostawia na dwa tygodnie, by parafina dalej nie poszła. Wstrzykiwanie zaś poprzedzające kokainy i płynu Schleicha i następowe aspirowanie opiera się na twierdzeniu Steina, że można igłę wbić w pośladek i krew nie wypłynie, a mimoto igła będzie w żyle, co grozi niebezpieczeństwem wtargnięcia powietrza do żyły; — z tego powodu zgadza się Stein z zapatrywaniem dermatologów, którzy przy wstrzykiwaniu mięszanki rtęciowo-parafinowej wbijają igłę w pośladek i czekają, czy krew nie wychodzi, sądząc z braku krwi, że nie trafili igłą w żyłę. *B. Żmigród.*

Kretschmann. **Choroby stawu żuchwowego, jako przyczyna nerwobólu usznego.** (*Archiv f. Ohrenh.* Tom 56, 1902). Że choroby stawu żuchwowego mogą być przyczyną nerwobólów usznych (otalgia nervosa) jest rzeczą znaną; pomimo to w dziełach specyalnych, nawet obszernych, prawie niema mowy o tym przedmiocie. K. na 80 przypadków nerwobólów usznych w 20, a więc w 25%, wykazał jako przyczynę schorzenie stawu żuchwowego. Przyjmuje on, że przyczyną nerwobólów usznych jest najczęściej zapalenie gośćcowe stawu żuchwowego; w trzech przypadkach prócz stawu żuchwowego były zajęte i inne stawy. (Zauważyć trzeba, że autor bierze pod uwagę tylko te przypadki, w których ból usadawia się w głębi ucha (plexus tympanicus)). Nerwobóle stawu żuchwowego mogą także być przyczyną nerwobólów usznych. W żadnym przypadku autor nie widział przejścia zapalenia ze stawu na przewód uszny i głębsze części ucha. Powstanie nerwobólu usznego w przebiegu zapalenia stawu żuchwowego tłómaczy sobie K. w ten sposób, że zostają zadrażnione bezpośrednio gałązki nerwu trójdzielnego, unerwiające staw żuchwowy i podrażnienie to przenosi się na splot bębenkowy. W ten sam sposób tłómaczy sobie autor nerwoból uszny przy sprawach, toczących się w jamie ustnej, gardle i krtani. Leczenie jak w gośćcu. *Dr. Teofil Zalewski.*

Buhe. **Wpływ operacyi doszczętnej na słuch.** (*Archiv für Ohrenh.* Tom 56, 1902). Na 103 przypadków, w których wykonano operacyę doszczętną w Klinice usznej w Halle, w 34% uzyskano poprawę słuchu po operacyi, w 36% słuch pozostał bez zmiany, a w 30% nastąpiło pogorszenie słuchu. Inni autorowie wykazują inny stosunek: szczególnie liczba przypadków, w których po operacyi nastąpiło pogorszenie słuchu, jest w statystyce autora znacznie większa. B. sądzi, że tutaj zachodzą błędy w badaniu. Na zasadzie swojej statystyki przychodzi B. do wniosku, że zapatrywania nasze co do słuchu po operacyi doszczętnej są obecnie zbyt optymistyczne. Co do pytania, w jakich przypadkach następowała poprawa słuchu, względnie pogorszenie, to odpowiedzi nie można na pewno sformułować. Poprawa słuchu miała miejsce najczęściej w tych przypadkach, gdzie główną przyczyną upośledzenia słuchu

były przeszkody w doprowadzaniu głosu i gdzie nadto słuch przed operacyą znacznie był upośledzony (niżej 1 metra). W przypadkach, gdzie słuch dla szeptu wynosił ponad 1 metr, występowało prawie zawsze upośledzenie słuchu. *Dr. Teofil Zalewski.*

Doc. Popielski. **Czem się warunkuje skład soku trzustkowego?** (*Russkij Wracz* 1902, Nr. 18). Według Pawłowa skład soku trzustkowego zależy od rodzaju pokarmu; zgodnie z tem można otrzymać szereg soków trzustkowych, z których każdy ma cechy odrębne. Błona śluzowa przewodu pokarmowego zawiera, zdaniem Pawłowa, znaczną liczbę różnorodnych zakończeń nerwowych, które przychodzą w stan czynny pod wpływem stałych bodźców swoistych. Wbrew temu poglądowi doświadczenia Popielskiego wykazują, że siła trawiąca soku trzustkowego jest zależną od siły i ilości bodźców. Te właśnie czynniki, drażniąc zakończenia nerwowe w błonie śluzowej, warunkują ten lub inny skład soku trzustkowego, nie zaś swoistość zakończeń nerwowych, jak utrzymuje Pawłow.
Witold Orłowski (Ptbg.).

Fawr. **Zależność zimnicy od widliszów (anopheles).** (*Russkij Wracz* 1902, Nr. 37). Badając warunki powstawania zimnicy na Kaukazie, dowiódł F. istnienia widliszów (anopheles), mianowicie „an. claviger“, we wszystkich miejscowościach, gdzie ona panuje; tylko w jednej w okolicy na wybrzeżach morza Kaspijskiego znalazł F. „anopheles pseudopictus“ Grassi. W żołądku jednego z komarów stwierdził F. zigotę, zawierającą dojrzałe sporozoidy. Wreszcie, zakażając komary „anopheles claviger“ pasorzytem zimniczym z chorych, których krew zawierała gamety *plasmodium praecox* (półksiężyce), stwierdził autor rozwój w nich pasorzyta, zupełnie identycznego z opisanym przez Rossa i Grassi. Badania te rozszerzają podstawę dla uznania teoryi rozpowszechniania zimnicy przez komary za zupełnie uzasadnioną. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

L. Rogers. **Znaczenie rozpoznawcze różnych postaci leukocytów i innych zmian krwi w rozróżnianiu duru brzusznego od zimnicy.** (*Brit. Med. Journ.* — *Phil. Med. Journ.* 26 kwietnia, 1902). Wnioski autora są następujące: 1) Stosunek odsetkowy różnych postaci leukocytów na preparatach barwionych krwi ma wielkie znaczenie rozpoznawcze w odróżnianiu duru brzusznego od zimnicy. 2) Powiększenie liczby limfocytów do 40% i wyżej bez powiększenia liczby komórek wielkich jednojądrowych przemawia za durem, a przeciw zimnicy. 3) Powiększenie liczby komórek wielkich jednojądrowych do 12% i wyżej, szczególnie w czasie spadku ciepłoty, silnie przemawia za zimnicą i przeciw durowi. Zmiana ta ma wielkie znaczenie, szczególnie gdy pasorzyty zimnicze nieobecne są we krwi. 4) Obecność myelocytów w jakiejkolwiek ilości, od 1% do 5%, wskazuje na zimnicę i przemawia przeciwko durowi. 5) Znaczna niedokrwność, jak n. p. zmniejszenie liczby czerwonych ciałek poniżej 3,000.000 w 1 mm.^{3}, daleko częściej zdarza się w zimnicy, niż w durze. 6) Bardzo znaczne zmniejszenie ogólnej liczby leukocytów, n. p. niżej 2000 w 1 mm.^{3}, daleko częściej bywa w zimnicy, niż w durze; również stosunek białych ciałek do czerwonych w zimnicy bywa nieraz mniejszy, niż 1: 2000, co rzadko spotykamy w durze brzusznym. 7) Leukocytozę stwierdzamy i uznajemy wtedy, gdy na zabarwionym preparacie znaczny nadmiar ciałek białych, z których więcej niż 80% są różnojądrzaste: stwierdzenie leukocytozy bywa nieraz pożytecznem przy odróżnianiu zimnicy od gorączek przepuszczających, zależnych od ropnia wątroby lub innego miejscowego cierpienia zapalnego.
Dr. St. Rudzki (Lublin).

* * *

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Wright i Knapp. **Kwas cytrynowy w leczeniu duru brzusznego.** (*Semaine médicale* 1902, Nr. 50). W przypadkach skrzepów, występujących w przebiegu duru brzusznego, lub u ozdrowieńców po durze, polecają Drowie Wright i Knapp kwas cytrynowy w ilości 2·50 grm., trzy razy dziennie. Kwas ten ma zmniejszać zdolność krzepnienia krwi.

Z drugiej strony żywienie przeważnie mleczne, przepisywane zwykle w durze, sprzyja, zdaniem autorów, wytwarzaniu się skrzepów z powodu znacznej zawartości soli wapniowych. Wright i Knapp polecają dlatego częściowe odwapnianie mleka zapomocą 1·20 do 2·40 gramów cytrynianu sodowego na 500 gramów mleka.
Dr. T. Żeleński.

Allard. **O kwasie kakodylowym w gruźlicy płuc.** (*Die Therapie der Gegenwart;* 1902, Zeszyt XI)*). Do licznych leków, zalecanych w gruźlicy płuc, przyłączył się od dwóch lat i kwas kakodylowy, zachwalany szczególnie przez autorów francuskich. Atoli zachwyt początkowy już i we Francyi zaczyna obecnie nieco ostygać. Autor leczył 19 przypadków, będących po największej części w okresie posuniętej gruźlicy jedno- lub obustronnej, zapomocą wstrzykiwań podskórnych kakodylanu sodowego. Dawki dzienne wahały się między 0,01—0,18; wstrzykiwania wykonywano w okresach siedmiodniowych z przerwami 7-dniowemi; czas leczenia wynosił tydzień do 7 miesięcy. Zaczęto od 0.01 dziennie i dodając po 1 cgr. aż do 0,05 codziennie, powtarzano tę dawkę jeszcze w dwóch okresach; w następnych tygodniach stosowano tymsamym sposobem 0,05—0,11 i 0,11—0,18 dziennie. W niektórych przypadkach zaczęto odrazu od dawki 0,05—0,11 i w czasie kilkumiesięcznego leczenia zwiększono okresy wstrzykiwań do 14 dni. Do wstrzykiwań używano albo rozczynu: *Sol. acid. cacodylic. 2·5 : 50·0, Natr. bicarbonic. ad sat.*, albo też w niektórych przypadkach z tymsamym skutkiem przetworu francuskiego *Cacodylate de soude Clin.* Miejscowych objawów drażniących, ani też jakichkolwiek nieprzyjemnych powikłań nigdy nie zauważono; nie stwierdzono również nieprzyjemnej woni kakodylowej, występującej po stosowaniu wewnętrznem tego środka. Zastrzykiwania wywarły stanowczo wpływ korzystny na stan podmiotowy chorych, u niektórych łaknienie się wzmogło, u innych znowu polepszył się sen. Lecz w żadnym przypadku nie można było stwierdzić wpływu na sprawę gruźliczą, ani też na ciepłotę chorych. By się przekonać, czy polepszenie stanu ogólnego, poprawa łaknienia i przybytek na wadze były rzeczywiście skutkiem wzmacniającym kwasu kakodylowego, wstrzykiwano kilku chorym, u których ten wynik dodatni się okazał, w dalszym ciągu czystą wodę, i pokazało się, że skutek pozostał zupełnie ten sam. Wpływ wstrzykiwań kwasu kakodylowego należy zatem uważać za poddawczy *(suggestio)*; dlatego też w przypadkach daleko posuniętej gruźlicy nie można dopatrzeć skutku, to też zaprzestano w klinice ś. p. prof. Gerhardta w Berlinie dalszego stosowania tego środka w gruźlicy. *Dr. Fels.*

*) Porównaj artykuł Cybulskiego (Przegl. lek. Nr. 36).

* * *

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo dermatologiczne krakowskie.

Protokół z posiedzenia zwyczajnego w dniu 23 listopada 1902.

Po odczytaniu i przyjęciu protokołu z poprzedniego posiedzenia przedstawia kol. Borzęcki chorą z dwoma wrzodami twardymi na częściach rodnych. Kol. Schwarz zwraca uwagę na brak cech charakterystycznych wrzodu pierwotnego dla stanowczego rozpoznania. Kol. Reiss przedstawia chorego, cierpiącego na pęcherzycę świerzbiączkową *(pemphigus pruriginosus)*. Czas trwania choroby 4—5 miesięcy. Równocześnie z pojawieniem się pierwszych zmian chorobowych wystąpiło silne swędzenie i pieczenie i to nie tylko w miejscach chorobowo zmienionych, ale w zakresie całej skóry. Pęcherze występują na skórze pierwotnie nie zmienionej, są różnej wielkości, głębokie, wypełnione treścią surowiczą, która następnie mętnieje. Ciepłota podwyższona o typie zwalniającym. Badanie bakteryologiczne treści pęcherzy daje wynik ujemny. Podobne pęcherze znajdują się i na błonie śluzowej jamy ust. Rokowanie niepomyślne. Choremu podano (podług Moslera) chininę trzy razy dnia po 0,30 i kąpiele dziegciowe, a wynik dotychczas jest wcale zadawalniający. Kol. Krzyształowicz zwraca uwagę na fakt, że tu występują pęcherze przeważnie na skórze niezmienionej, a objawy zapalne występują dopiero w chwili pękania pęcherza. Hodowle na pożywkach płynnych dały wyniki ujemne, co stanowczo przemawia za pęcherzycą. Dalej przedstawia kol. Reiss przypadek guza grzybiasto rozrosłego na pośladku kobiety starszej. Skóra u podstawy guza zaczerwieniona, a w głębi można wykazać ropienie; sama zresztą ropa przy ucisku ukazuje się w kilku punktach na powierzchni guza. Rozpoznanie niepewne. Objawy ogólne przemawiają za ropniem. Cechy zewnętrzne guza każą myśleć również o promienicy, lub też i *trichophytia animalis* (*framboesia trichophytinica*), jak nie mniej o *blastomycosis*, lub wreszcie o mięsaku. Kol Krzyształowicz podnosi znaczne trudności rozpoznawcze, sprzeciwia się rozpoznaniu promienicy; badanie ropy zresztą wyklucza ją. Czy *blastomycosis*, do której guz wejrzeniem jest zbliżony, polega na tle swoistego grzyba, jest sprawą sporną, bo może i tu zachodzić proste bujanie tkanki ziarninowej, spowodowane gronkowcami ropnia. Kol. Żydłowiczowi guz ten wydaje się być mięsakiem, do którego następnie przyłączyło się ropienie.

Kol. Borzęcki zaznacza, że nie zwrócono tu uwagi na gruczoły pachwinowe, które są silnie obrzękłe, twarde i niebolesne. Gdyby duży ten guz był wynikiem zakażenia gronkowcami, to w przeciągu trzech miesięcy nie dosięgnąłby tych rozmiarów. Jemu również przedstawia się sprawa jako mięsak z następowem ropieniem. Kol. Baurowicz przychyla się do twierdzenia kol. Żydłowicza i Borzęckiego, widział bowiem w krtani mięsaka, do którego dopiero później przyłączyło się ropienie. Kol. Reiss zaznacza, że nie wyklucza wprawdzie mięsaka, lecz czas trwania nie zupełnie temu rozpoznaniu odpowiada i musi udać się do badania histologicznego. Kol. Mayzel opierając się na charakterystycznym obrzęku gruczołów przyjmuje sprawę nowotworową. Następnie przedstawia kol. Reiss przypadek *pityriasis rosea* Gibert u pacyenta, u którego lekarz pierwotnie rozpoznał *lues maculosa recens*. Badanie, wykazujące brak gruczołów i charakterystyczne ugrupowanie plamek wzdłuż linii rozszczepialności skóry, pokrytych cienką warstwą rozszarpanego naskórka.

Wreszcie przedstawia kol. Reiss przypadek *lupus tumidus confluens faciei*, trwający od wczesnej młodości u 17 letniego dziewczęcia na ściśle ograniczonej przestrzeni policzka. Cierpienie leczone promieniami Roentgena na razie z wynikiem dodatnim, bo w środku widzi się wybitne zagłębienie, a odczyn jest minimalny. Przypadek drugi: *lupus erythematosus dorsi nasi*, leczony również promieniami Roentgena z wynikiem jednak ujemnym, bo ognisko szerzy się w obwodzie. Przypadek trzeci: *lupus vulgaris faciei* okazuje owrzodzenie o brzegach ostro ciętych, stwardniałych, które nasuwają przypuszczenie wytwarzającego się nowotworu. W dyskusyi nad tymi trzema przypadkami zabierają głos prawie wszyscy obecni. Kol. Borzęcki przedstawia chorą z owrzodzeniami podudzia, na którem żylaki są silnie rozwinięte. Kobieta 64 lat licząca, 6 razy rodziła, raz roniła, nie okazuje żadnych zresztą zmian chorobowych. Ponieważ obraz kliniczny nasuwał podejrzenie kiły, podano wewnętrznie rtęć i jod, miejscowo zaś tylko maść borową i istotnie skutek okazał się doskonały tak, że obecnie trudno już wątpić o charakterze kiłowym wrzodów.

Wreszcie przedstawia kol. Reiss chorego z *lues tertiaria narium* ze zmianami w częściach chrzęstnych i kostnych i zniszczeniami na podniebieniu twardem i miękkiem. Leczenie bardzo intenzywne jodem. Kol. Steuermark nadmienia, że w tych przypadkach bardzo odpowiednie są protezy woskowe, które obecnie znalazły powszechnie bardzo rozległe zastosowanie. Na tem posiedzenie zamknięto.

Sekretarz: *Dr. Pacyna.*

• • •

VIII. XXXIII. Zjazd południowo-zachodnich psychiatrów niemieckich.

Zestawił

Dr. med. i fil. Piotr Pręgowski (Heidelberg).

Dnia 1-go i 2-go listopada 1902 r. odbył się w Stuttgarcie XXXIII. Zjazd południowo-zachodnich psychiatrów niemieckich.

I. Jak to w sprawozdaniu ze Zjazdu ubiegłego, ogłoszonem w „Przeglądzie lekarskim" (Nr. 47. 1901 r.), nadmieniłem, Zjazd ten, który się odbył w listopadzie 1901 r. w Karlsruhe, przekazał Zjazdowi obecnemu rozstrzygnięcie sprawy o publicznych sanatoryach dla nerwowo chorych, którą to sprawę poruszyło w swoim czasie ministerstwo W. Ks. Badeńskiego. Dwóch specyalnie na zeszłorocznym Zjeździe obranych referentów, Dr. Wildermuth (Stuttgart) i Dr. Neumann (Karlsruhe), zabierało głos w tej sprawie na samym wstępie rozpraw Zjazdu.

Dr. Wildermuth: Oddawna jest odczuwaną potrzeba publicznych sanatoryów dla nerwowo chorych: to też nie będę się wdawał w uzasadnienie tej potrzeby. Jak istnieją publiczne szpitale dla chorych somatycznych, tudzież publiczne zakłady dla umysłowo chorych, tak niezbędne są podobne zakłady publiczne i dla nerwowo chorych. To jest rzecz, o której nie może być dwóch zdań. Idzie tylko o inne, z tem związane zagadnienia. W pierwszym rzędzie idzie o dokładniejsze zdanie sobie sprawy z tego, jakiego rodzaju chorzy powinni być przyjmowani do tych sanatoryów.

Pod tym względem referent zakreśla bardzo szerokie ramy. Według niego należałoby przyjmować do tych zakładów przypadki lżejszych zaburzeń umysłowych, które niezbyt kwalifikują się do zakładów dla obłąkanych, w pierwszej linii lżejsze osłabienie umysłowe i zwyrodnienie w wieku młodocianym. Padaczkowych nie powinno się przyjmować ze względu na niebezpieczeństwo dla innych chorych. Alkoholików małego stopnia można by przyjmować. Zdaniem referenta, powinni być wykluczeni zupełnie chorzy z trwałemi myślami natrętnemi. Co zaś do schorzeń z przestrachu, referent nie ma pod tym względem wyrobionego zdania. Jako drugi wielki kontyngent chorych, nadających się do przyjmowania w sanatoryach, są cierpiący na nerwice czynnościowe; tu należą stany neurasteniczne, histeryczne, hipochondryczne itp.

Trzeci rodzaj chorych, nadających się do zakładów, to są chorzy na wiąd rdzenia, rozsiane stwardnienie rdzenia, zapalenie rdzenia poprzeczne z ogniskami rozmiękczynowemi w mózgu itp. A wreszcie ostatnia grupa chorych, nadających się do omawianych sanatoryów, to chorzy na błednicę, niedokrewność, tudzież ozdrowieńcy po różnych wycieńczających chorobach.

Na pytanie, czy te publiczne zakłady dla nerwowo chorych mają być połączone z zakładami dla obłąkanych, referent odpowiada przecząco, a to nie z jakichkolwiek powodów naukowych, lecz ze względu na liczenie się z opinią publiczną, która niechętnie oddaje chorych do zakładów dla obłąkanych, a pobyt w nich uważa za poniżający.

Co się tyczy terapii, to należy, powiada referent, indywidualizować. Wszak dla jednych chorych, jak np. młodych zwyrodniałych, chorych na umysłowe osłabienie, i hipochondryków itp. dobrem jest stało zajęcie się pracą. Inni atoli, jak np. różni neurastenicy, potrzebują spokoju. Ze względu na pierwszą kategoryę chorych sanatorya nasze powinne być zaopatrzone w odpowiednie urządzenia gospodarcze, jak ogrody, gleba do uprawy itp., gdzieby pacyenci mogli być czynni. Zajęcia gospodarcze mają tą zaletę wobec innych, że praca odbywa się na świeżem powietrzu i wymaga ruchu całego ciała.

Zakłady te powinny mieć dwa oddziały, dla więcej i mniej zamożnych.

Wreszcie omawia referent sprawę funduszów na zakładanie tych sanatoryów. Nie doradza udawać się do państwa o pomoc pieniężną, lecz usiłować drogą agitacyi społecznej pobudzić jednostki i instytucye do składania datków na sanatorya. Referent nie tylko powątpiewa, czy państwo, mające tyle innych zadań, zechce i będzie w stanie łożyć na te zakłady, ale nadto nie spodziewa się, aby się udało na ten cel otrzymać zapomogę od stowarzyszeń zawodowych, tudzież towarzystw ubezpieczeń. Nie pozostaje nic innego, mówi referent, jak inicyatywa czysto prywatna.

Korreferent Dr. Neumann (Karlsruhe) wylicza na wstępie nazwiska autorów, którzy zajmowali się zagadnieniem o publicznych zakładach leczniczych dla nerwowo chorych: Benda, Moebius, Ludwig, Hecker, Fischer, Fürstner, Schüle, Gaupp. Referent stwierdza, że dotychczas nie odezwał się żaden głos, nieuznający potrzeby publicznych zakładów leczniczych dla nerwowo chorych, analogicznych do szpitali powszechnych dla chorych na ciele, tudzież do zakładów dla chorych na umyśle.

Na podstawie liczb statystycznych, zebranych w towarzystwach ubezpieczeń, w kasach chorych i stowarzyszeniach zawodowych, referent wykazuje, jak bardzo wiele jest w państwie niemieckiem osób, uznanych za nerwowo chorych.

Co się tyczy zagadnienia, jacy chorzy mają być przyjmowani do proponowanych zakładów, referent oświadcza się o wiele konkretniej, niż mówca poprzedni. Zakłady te powinny być przeznaczone zdaniem referenta dla osób nerwowo-wycieńczonych, a więc dla chorych wyleczalnych, tj. w pierwszej linii dla osób z neurastenią nabytą, tudzież dla ozdrowieńców, chorych niedokrewnych i błedniczych. Nerwowi z przestrachu, co do przyjmowania których mówca poprzedni nie wyraził osobistego zdania, to według zasady, przyjętej przez referenta, nie są całkiem wykluczeni; ci mogą być przyjmowani, ale tylko o tyle, o ile pobyt w zakładzie może przyczynić się do poprawy stanu ich zdrowia. Referent oświadcza się stanowczo przeciwko przyjmowaniu chorych do zakładu dla obserwacyi i orzeczenia sądowo-lekarskiego; jedynem zadaniem tych zakładów jest leczenie i tylko ten stosunek być powinien pomiędzy zakładem a znajdującymi się w nim chorymi.

Chorzy umysłowo, jak również osoby z nieuleczalnemi organicznemi schorzeniami nerwowemi, jak porażeni, chorzy na uwiąd itp. nie powinni być przyjmowani do zakładów; mówca poprzedni był pod tym względem zdania przeciwnego. Również i w sprawie przyjmowania alkoholików referent różni się nieco od sprawozdawcy poprzedniego, według którego alkoholików mniejszego stopnia możnaby przyjmować; referent zaś oświadcza się stanowczo przeciwko przyjmowaniu alkoholików, a to dla tego: 1) że inni chorzy będą się niezbyt dobrze czuli w takiem towarzystwie i źle będą traktowali swych towarzyszów — alkoholików; 2) obecność alkoholików w takim zakładzie wymagała by dla nich odrębnego oddziału z osobnym surowym dozorem i odrębnem leczniczem postępowaniem; —

dlatego to lepiej, ażeby dla alkoholików były budowane zakłady odrębne. Podobnież i w zakładach dla obłąkanych nie miejsce dla alkoholików.

Co do rozdziału płci w zakładach, referent uznaje jego doniosłość i oświadcza, że gdzie tylko fundusze na to pozwalają, należy zakładać sanatorya — z oddziałami, osobno dla kobiet, a osobno dla mężczyzn.

Referent oświadcza się podobnież, jak i poprzedni sprawozdawca, przeciwko przyłączeniu proponowanych sanatoryów do zakładów dla obłąkanych. Możnaby tylko wyjątkowo dla celów nauczania uniwersyteckiego połączyć w sposób odpowiedni sanatorya dla nerwowych z klinikami psychiatrycznemi. Natomiast niema nic do zaznaczenia referent przeciwko połączeniu sanatoryów dla nerwowo-chorych z już istniejącymi gdzieniegdzie zakładami dla ozdrowieńców, aczkolwiek wolałby, żeby omawiane sanatorya były zupełnie samoistne.

Referent zbija dające się tu i owdzie słyszeć twierdzenie, że odpowiednie ambulatorya z urządzeniami kąpielowemi, elektrycznemi itp. mogłyby zastąpić zakłady specyalne.

Dalej stwierdza referent, że sprawą publicznych zakładów leczniczych dla nerwowo-chorych zajmują się w Niemczech od pewnego czasu rządy badeński i hesski. W Szwajcaryi działalność w tym kierunku rozwinął szczególnie Moebius, który założył stowarzyszenie w celu popierania tej sprawy, tudzież jeden podobny zakład pod nazwą kolonii „Frieda“.

Najważniejszą rzeczą obecnie, gdy sprawa już jest dostatecznie omówiona, jest znaleźć fundusze dla przeprowadzenia w czyn tych myśli. W tym zaś celu należy wspólnie a z zapałem agitować śród społeczeństwa. Między innemi dobrze jest zakładać odpowiednie stowarzyszenia dla popierania tych zamiarów.

Referent kończy swoje przemówienie trzema rezolucyami, które przedkłada zgromadzeniu do uchwalenia: 1) Zjazd południowo-zachodnich psychiatrów niemieckich uznaje potrzebę zakładania publicznych sanatoryów dla nerwowo-chorych; 2) Zjazd uznaje, że dążyć należy do tego, aby sanatorya te były samodzielnymi zakładami; 3) Zjazd wybiera z pośród siebie stałą komisyę, której zadaniem będzie starać się o wprowadzenie w życie myśli o publicznych sanatoryach dla nerwowo-chorych.

Dyskusya.

Kreuser (Winnenthal) popiera wywody referentów, odnoszące się do stwierdzenia istniejącej potrzeby zakładania sanatoryów publicznych dla nerwowo-chorych, jak również zgadza się w zupełności z tem, że sanatorya te powinne być samodzielne; popiera postawione przez ostatniego referenta twierdzenia i wyraża nadzieję, że może i rządy tę myśl poprą.

Doc. Gaupp (Heidelberg) zapatruje się na sprawę przyjmowania do proponowanych zakładów tylko nerwowo wyczerpanych, zgodnie z referentem drugim. Uważa połączenie sanatoryów z zakładami dla obłąkanych za złe; — ma nadzieję, że można będzie liczyć na finansową pomoc także i ze strony towarzystw ubezpieczeń, co do których referent pierwszy powątpiewa, czy zechcą pomagać w urzeczywistnieniu myśli o sanatoryach dla nerwowych.

Schiele, uznając w zupełności potrzebę zakładania publicznych sanatoryów dla nerwowo-chorych, podnosi niektóre wątpliwości co do punktów dalszych. Przedewszystkiem sądzi, że zakłady te przyjmować powinny nie wszystkich nerwowych z wycieńczenia, ozdrowieńców, niedokrewnych i bledniczych; jakichże rozmiarów musiałyby być te zakłady, aby pomieścić wszystkich takich chorych? w zakładach takich powinni znaleźć przyjęcie jedynie, — jak wyraża się mowca, — „psychicznie nerwowi“. Dalej zapytuje mowca, co zrobić z tymi, którzy mają myśli natrętne, których trudno jest trzymać w zakładach dla obłąkanych, a których referent pierwszy pragnąłby wykluczyć z proponowanych zakładów publicznych?

Także i w sprawie stosunku proponowanych zakładów do zakładów dla obłąkanych — nie podziela mowca zdania referentów, sądzi on, że nie powinniśmy robić ustępstw opinii publicznej, która raczej do nas stosować się powinna. Zakłady proponowane powinne, zdaniem mowcy pozostawać w pewnem zetknięciu z zakładami dla obłąkanych, chociaż nie w bezpośredniem.

Bieberbach (Heppenheim) mówi, że w Hessyi wolno jest przyjmować do zakładu dla obłąkanych także „psychicznie-nerwowych“, jeżeli jest w zakładzie miejsce wolne.

Po skończonej dyskusyi poddał przewodniczący pod głosowanie rezolucye referenta drugiego, która jednogłośnie przez Zgromadzenie została uchwalona.

II. Drugim punktem porządku dziennego był referat Dra Smitha (Marbach) na temat: „Czy należy alkoholików umieszczać w osobnych, dla nich tylko przeznaczonych zakładach, czy też w zakładach ogólnych dla nerwowo-chorych“? Mowca oświadcza się jak najkategoryczniej przeciwko urządzaniu specyalnych zakładów dla alkoholików, widząc w tem moralną krzywdę, wyrządzoną tym chorym, gdyż pobyt w „zakładzie dla pijaków“ będzie już na całe życie piętnem dla takiego człowieka, a ogół żywić będzie pogardę dla tych zakładów i dla osób szukających w nich pomocy. Do tego dopuścić nie powinniśmy, — a to tembardziej, że alkoholicy przewłoczni, — to ludzie chorzy, którym byłoby barbarzyństwem wyrażać pogardę. Z tych względów mowca oświadcza się za tem, aby alkoholików przyjmować do zakładów dla nerwowo-chorych.

Wywody mowcy popiera Frank (Munsterlingen, Szwajcarya).

III. Dr. Stadelmann (Würzburg) mówił o „szkołach dla nerwowych dzieci“, w którychby nauka i jej rozkład prowadzoną była z uwzględnieniem indywidualności uczniów, — a wtedy nietylko że dzieci takie dałyby się rozwinąć i wykształcić, ale zarazem miałoby to i dodatni leczniczy wpływ na uczniów nerwowo upośledzonych. Żądanie odrębnej nauki dla dzieci nerwowych mowca opiera na wykazaniu niektórych różnic, zachodzących w umyśle dzieci zwyrodniałych a prawidłowych. Tak n. p. dzieci zwyrodniałe posiadają w wielu kierunkach odmienne niektóre uczucia, t. zw. w psychologii — uczucia wartości, jakie towarzyszą wielu przedstawieniom. Gdy przedstawiamy sobie coś, wtedy oprócz przedstawienia (bądź wyobrażenia konkretnego, bądź pojęcia) danego przedmiotu — występuje równocześnie w nas pewne uczucie, — przyjemne lub nieprzyjemne, które żywimy dla tego przedmiotu, a na mocy którego mówimy, że przedmiot ten nam się podoba, lub nie podoba, jest ładny, lub brzydki itp. Te uczucia noszą w psychologii nazwę „uczuć wartości“. Otóż u dzieci zwyrodniałych bywają w tym kierunku zboczenia: — to, co wszystkim wydaje się brzydkiem, tj. wzbudza nieprzyjemne uczucia wartości, — dzieciom takim często podoba się, tj. budzi w nich uczucia przyjemne i odwrotnie. Druga cecha osobników zwyrodniałych, — to skłonności do wybuchu afektów, do spotęgowanych uczuć. Również i w sferze umysłowej zwyrodniałe osobniki okazują właściwości odmienne. W tym kierunku szczególnie zasługuje na uwagę szybkie nużenie się i osłabiona zdolność do skupiania uwagi. Wobec takich różnic w właściwościach umysłu dzieci prawidłowych a zwyrodniałych, także i nauka powinna być odmienna dla pierwszych a drugich. Przed przyjmowaniem dzieci do szkoły należy je zbadać, do jakiej kategoryi należą. Dla poznania sfery uczuciowej tego rodzaju osobników — dobrze jest obserwować ich zachowanie się podczas zabaw, na spacerze itd. Co do sfery umysłowej, to poznać należy zdolności spostrzegania, pojmowanie, pamięć i t. d. Autor przytacza kilka przykładów tak prowadzonego wychowania. Dzieci nerwowo-obciążone, które nie mogły wydołać pracy w szkołach ogólnych, prowadzone według zasad, wyłożonych przez mówcę, nietylko były w stanie podołać zajęciom, ale nadto okazało się to dla nich korzystnem także w kierunku leczniczym, zwolna nabrały zdolności do spokojnego, skupionego myślenia.

Z wywodów powyższych wynika potrzeba bliższego stosunku świata lekarskiego ze szkolnictwem. (Ciąg dalszy nastąpi).

* * *

IX. Ginekologia Galena.

Studyum ginekologiczno-historyczne.

Napisał

Dr. Jan Lachs.

IV.

Fizyologia i patologia ciąży, porodu i połogu. Dyetetyka noworodka.

(Dokończenie).

Z wymienionych wyżej czynników, stanowiących *conditio sine qua non* prawidłowego połogu, wynika także, kiedy połóg nie jest prawidłowym. Już w czasie porodu niektóre okoliczności każą go przeczuwać. Do tych należą: ciężki poród, rozmaite stany patologiczne, które — zwłaszcza, gdy im towarzyszy gorączka, — przyspieszają poród lub wywołują poronienie, brudne wody płodowe, nieodpowiedni zimny temperament i t. d.

Najważniejszą rolę odgrywają w połogu przedewszystkiem odchody. Wynika to już dostatecznie ze sposobu, w jaki sobie Galen ich powstawanie tłómaczył. Brak odchodów w prawidłowej ilości powoduje nagromadzenie się złych so-

ków w ustroju i powolne przepełnianie się jego nimi tak, że mogą się one dostać do głowy, wywołując najgroźniejsze objawy. Do tych należą przedewszystkiem drgawki, gorączka, majaczenie, bezsenność, pragnienie, bóle w dołku podsercowym i podbrzuszu, zimne kończyny, mętny mocz i nareszcie śmierć. Ta ostatnia nie jest jednakowoż bezwarunkowem następstwem choroby, gdyż w miarę dłuższego jej trwania mogą pojedyncze objawy chorobowe ustąpić, a pacyentka może przyjść do zdrowia. Trudno powiedzieć, jaką zmianę połogową Galen tu miał na myśli. Zdaje się jednakowoż, że miesza on następstwo choroby z jej przyczyną, a objawy chorobowe tu podane należy raczej odnieść do różnych stanów patologicznych, których bystry zmysł spostrzegawczy Galena tym razem nie odróżniał. Pod tym względem niema żadnej różnicy pomiędzy nim a Hipokratesem (*„de natura pueri“* i *„de mulierum morbis“ lib. 1)* i Celsusem *(lib. III cap. VI)*, którzy nieprawidłości połogu szczególnie chętnie przypisują „obcym sokom“, nagromadzającym się tylko wtedy, gdy niema odchodów.

Brak odchodów może znowu z drugiej strony towarzyć innym chorobom połogowym, nie stanowiąc ich przyczyny, lecz tylko jeden z objawów chorobowych, czego dowodem następujący drugi obraz patologicznego połogu, podany przez Galena. Ten polega na gorączce, bólu głowy, wysychaniu języka, zimnym pocie, szczególnie występującym na głowie, odwróceniu ócz, bólu w okolicy lędźwiowej, zimnych kończynach, braku odchodów, wysyconym moczu, rozwolnieniu i bezsenności. Gdy się do tych objawów przyłącza śpiączka, a wreszcie wymioty, zwłaszcza cuchnące, natenczas należy pacyentkę uważać za bezwzględnie straconą. Cuchnienie bowiem wymiotów zapowiada wedle Galena zbliżającą się śmierć. Rozpoznanie choroby według tego obrazu nie przedstawia żadnych trudności. Nie ulega wątpliwości, że Galen ma tu na myśli posocznicę połogową z zajęciem otrzewnej. Przyczyny tego cierpienia należy szukać w złych sokach. Pod względem rokowania i oddania obrazu chorobowego nie moglibyśmy mu wiele zarzucić z dzisiejszego punktu widzenia. Galen przewyższa tu nawet Celsusa, z którym zresztą co do rokowania w przebiegu spraw połogowych z zajęciem otrzewnej zupełnie się zgadza. Leczenie polega na upustach krwi, które mają zastąpić zatrzymujące się odchody, lecz najczęściej pozostaje bezskutecznem.

W obydwóch obrazach patologicznych bada Galen pilnie mocz. Jak w połogu prawidłowym, tak i w patologicznym odgrywa on ważną rolę, gdyż nietylko, że ułatwia rozpoznanie, ale i wskazuje, o ile się stan dotyczącej położnicy zmienia i z niego można wnioskować o dalszym przebiegu choroby. Wnioski te jednakowoż, oraz korzyści są tylko jednostronne, albowiem zachowanie się prawidłowe moczu nie przyczynia się znacznie do uzdrowienia pacyentki, podczas gdy znacznie zmieniony świadczy o grożącem jej niebezpieczeństwie *(in III. Hippocr. de vulg. morbis. com. secundus 6)*. Jaki mocz powinien być w stanie prawidłowym, już wyżej wspomnieliśmy. Tu dodamy tylko, że przy silnej gorączce ilość jego znacznie maleje, staje się on rzadkim i bladym i że pod tym względem zachodzi różnica pomiędzy Galenem a Hipokratesem. Ten ostatni bowiem rozróżnia mocz blady przy gęstości prawidłowej, czemu się Galen sprzeciwia, twierdząc, że bladość moczu łączy się z jego małą gęstością. Innym razem bywa mocz czerwonawy, co się również przy silniejszych gorączkach połogowych zdarza. Nadto może mocz gorączkującej położnicy być mętnym, co jest *signum mali ominis* i wreszcie stać się tak gęstym, że przypomina najprędzej oliwę. Temu ostatniemu wejrzeniu jego towarzyszy zazwyczaj śmierć. Naturalnie, że sam mocz nie miał znaczenia rozstrzygającego. Rozstrzygały raczej inne okoliczności, których następstwem był zmieniony mocz. Często jednakowoż popada Galen pod tym względem w sprzeczność ze sobą samym, tak że raz n. p. jest dla niego złowróżbną mała ilość i bladość moczu, innym znowu razem wielka jego ilość i bladość.

Wracając teraz do innych zmian połogowych, musimy przyznać, że nie wiele o nich wzmianek znajdujemy u Galena. Wspomina on tylko o zapaleniu macicy *(inflammatio uteri)*, której towarzyszą bóle głowy, drgawki i gorączka. Choroba ta kończy się często śmiercią.

O sprawach, toczących się w następstwie połogu w więzadłach macicy, w jej częściach dodatkowych, w pochwie, sromie i o zapaleniach sutków lub innych ich cierpieniach, wikłających połóg, nie wspomina Galen ani słowem.

W całej patologii połogu Galena odgrywają wielką rolę dni krytyczne. Najgorszymi są pod tym względem dzień 7, 14 i 17-ty, a Galen tak w nie wierzy, że sobie tego często wprost wytłómaczyć nie może, gdy chora, przebywszy szczęśliwie te dni, zapada na zdrowiu w inne dni.

Połóg może się wikłać z innemi chorobami nie połogowemi, które się mogą toczyć we wszystkich prawie narządach. O tych zmianach, które się rozpoznają stósownem badaniem i z odpowiednich objawów, wspomina wprawdzie czasem Galen, lecz nie tu miejsce, by się nad niemi bliżej zastanowić.

W czasie połogu miała położna dbać jeszcze i o drugą istotę, t. j. o noworodka. Galen poświęca kilka rozdziałów dyetetyce noworodka, lecz to, co on powiada, jest w głównych zarysach tylko powtórzeniem rad, które zalecał wcześniej Soranus.

Dziecko odpętlone należy przedewszystkiem posypać solą. Sól ta miała na celu, wedle Galena, działać na skórę ściągająco *(de sanitate tuenda lib. I. cap. VIII. K. VI.)*, wedle Soranusa zaś, który również posypanie solą noworodka poleca, chciano tym sposobem jedynie ułatwić oczyszczenie noworodka. Jak się ten proceder odbywał, tego Galen nie mówi; natomiast Soranus bardzo dokładnie nas o tem informuje *(Soranus lib. I. cap. XXVIII.)*. Wedle niego należy przedewszystkiem na to baczyć, by się sól lub soda, której czasem również używano, nie dostały do ócz lub do ust dziecka. Nie należy także zanadto soli używać, bo ona nadżera skórę i z tego powodu Soranus zaleca u noworodków wątłych nacieranie mięszaniną miodu lub oliwy z solą. Po tem natarciu kąpie się dziecko w ciepłej wodzie, by spłókać sól, a następnie je się wyciera i zawija w opaski. Zawijanie to było dosyć mozolne, gdyż polegało na zawijaniu naprzód każdego członka z osobna, a potem dopiero całego płodu. Myślą przewodnią tego sposobu zawijania była wedle Soranusa *(lib. I. cap- XXIX.)* chęć osiągnięcia pięknych kształtów.

Po zawinięciu dziecka przychodzi pora, w której trzeba przedewszystkiem myśleć o jego karmieniu. Galen jest zwolennikiem karmienia przez własną matkę, gdyż ten pokarm nigdy nie bywa szkodliwy dla dziecka, zwłaszcza, jeżeli temperament matki jest odpowiedni, czyli jeżeli matka jest zdrową. Za tem przemawia jeszcze i ta okoliczność, że płód żywi się w łonie matki krwią, a pokarm w sutkach powstaje przecież nie z czego innego, tylko z krwi matki czynnej *„atque optimum quidem est etiam reliquis fortasse omnibus infantibus ipsum lac matris.....“ (de sanit. tuenda lib. I cap. VII.)*. Naturalnie, że Galen zna pod tym względem wyjątki, a rozstrzygającem jest zdrowie matki, którem się zawsze kierować trzeba. Jak bowiem dobrem jest dla dziecka mleko własnej matki, gdy ona jest zdrową, tak odwrotnie jest ono szkodliwe, gdy jest chorą. Szkodzić zaś musi taki pokarm, bo on się zmienia pod względem woni, smaku i wejrzenia, na co baczną trzeba zwracać uwagę. Prócz chorób są jeszcze inne okoliczności, które wymagają mamki dla dziecka, a mianowicie ciąża i miesiączka matki karmiącej. Dlatego to należy przez cały czas karmienia unikać spółkowania, które może jedno lub drugie przeciwwskazanie do karmienia stworzyć *(ibid. cap. IX.)*. Dalszą ważną okolicznością jest dostateczna ilość pokarmu w sutkach. Na to wpływa przedewszystkiem temperament sutków, które, jako narząd gruczolasty, są zimniejsze od innych narządów. Lecz i pod tym względem musi istnieć pewna granica, t. j.

nie powinny one być zanadto zimne, co znowu ma miejsce, gdy do sutków za mało krwi przypływa, lub gdy krew nie jest prawidłową, zbliżając się pod względem swojego temperamentu raczej do śluzu. Większy przypływ krwi do sutków, a w następstwie i większą ilość w nich pokarmu, wywołuje pożywienie płynne; jakość pokarmu zaś zmieniają leki, a w pierwszym rzędzie środki czyszczące, oraz płynne potrawy. (*„De simplicium medicamentorum temperamentis ac facultatibus lib V. cap. XXI. K. XI.; de remed. parabil. lib. II. cap. XXVI.* i *lib. III.*).

Podobnie jak Galen, przemawia i Soranus za karmieniem przez własną matkę (*Soranus lib. I. cap. XXXI.*), przedłużając w ten sposób dawną grecką tradycyę, „gdyż wśród równych zresztą warunków nadaje się bardziej mleko własnej matki“. Różnica jednak pomiędzy nimi zachodzi ta, że gdy Soranus, uważający pokarm położnicy przez pierwszych dwadzieścia dni za niestrawny dla dziecka, każe na ten czas mamkę przygotować, lub dziecko odżywiać miodem, to Galen nie ma wcale tych skrupułów i radzi matce od samego początku karmić. Co się tyczy pierwszego przystawienia do piersi noworodka, to Galen jest za tem, by to uczyniono zaraz po jego zawinięciu, podczas gdy Soranus żąda naprzód pewnego wypoczynku dla dziecka po wstrząśnieniach, jakie przebyło, obawiając się szkód dla niego ze zbyt wczesnego nakarmienia. Zupełna natomiast jest zgoda pod tym względem między Galenem a Damastesem, przytoczonym przez Soranusa.

Dziecko nie powinno aż do czasu ząbkowania nic innego dostawać, jak tylko pokarm macierzyński. Soranus żąda (*lib. I. cap. XLI.*) wyłącznego podawania piersi oseskowi aż do szóstego miesiąca życia, godząc się na podawanie począwszy od tego czasu potraw mącznych. Na podawanie wina oseskowi, chociażby w najmniejszych nawet ilościach, nie zgadza się Galen pod żadnym warunkiem, co wobec dzisiejszego prądu antyalkoholicznego stanowczo zasługuje na uwagę *„sane vinum quam diutissime,...... ne gustare quidem suaserim“...... (De sanitate tuenda lib. I. cap. XI.)*. Galen idzie pod tym względem jeszcze dalej, uważając je za przeciwskazane dla młodych osób wogóle *„.... .vinum ......pueris est maxime adversarium......“ (ibid. lib. V. cap. V.)*. Natomiast Soranus podaje chętnie wino rozcieńczone po nakarmieniu dziecka i to bez względu na jego wiek.

Zgodnie z Soranusem gani i Galen zły zwyczaj wielu karmiących kobiet podawania piersi dziecku, ile razy ono zapłacze, twierdząc, że nie zawsze głód jest przyczyną tego płaczu i że dziecko płacze często dopiero po przeładowaniu żołądka. Mamki powinny także baczyć na to, by dziecka nigdy przed kąpielą nie karmiono, lecz zawsze po niej.

Dla zdrowia dziecka niezbędne są odpowiednie ruchy. Zbyt silny ruch jest dla bardzo małego dziecka przeciwwskazany i dlatego należy się wystarać dla niego o kołyskę lub o łóżeczko wiszące, a gdy do tego przyjść nie może, nosić je na rękach, które tak pierwszą jak i drugie snadnie zastępują.

Baczny o dobry rozwój oseska, zwraca Galen uwagę i na zachowanie się mamek. Już wyżej wspomnieliśmy, że ciąża i miesiączka niekorzystnie wpływają na pokarm, z czego wynika, że się one w pierwszym rzędzie wystrzegać musiały spółkowania. Prócz tego należy je dozorować pod względem tego, co one jedzą lub piją i jak sypiają, gdyż to są w pierwszym rzędzie okoliczności, wpływające na jakość krwi, a pośrednio i na jakość pokarmu. Wiedząc o wydzielaniu się niektórych leków z pokarmem, Galen przeciwny jest podawaniu mamkom leków przeczyszczających, z wyjątkiem tych przypadków, gdzie chcemy za pośrednictwem mamki przeczyścić dzieci (*in VI. lib. Hippocr. de vulg. morbis com. quintus*). Jako stanowczo szkodliwe dla mamek uważa Galen ostre potrawy.

Jeżeli z tego lub owego powodu pokarm się zepsuł, należy poszukać mamki, a u matki wywołać przy użyciu odpowiednich środków zaniknięcie pokarmu. W tym celu używano przedewszystkiem opatrunku uciskającego, przypominającego nasze dzisiejsze gipsowe opatrunki. Aplikowano gips rozpuszczony w occie (*de remed. parabil. lib. II. cap. XV.*), lub posługiwano się zmywaniami wodą morską z dodatkiem przetworów ściągających i suszących. Gdy zaś to nie wystarczało, podwiązywano sutki skropiwszy je poprzednio sokiem mchu i sproszkowanem kadzidłem (*ibid. cap. XXVI.*). Tych samych sposobów zapobiegawczych używano przy nadmiarze pokarmu, który Galenowi był znany.

X. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 22 stycznia.

* *Komitet polski XIV międzynarodowego Kongresu lekarskiego ogłasza:*

Komitet organizacyjny w Madrycie wzywa członków Kongresu do jak najprędszego przysyłania streszczeń zgłoszonych wykładów, o ile możności w formie ostatecznych konkluzyj, w języku francuskim wyłącznie, i napisanych bardzo wyraźnie. Pośpiech ten jest wskazany z tego powodu, że rozpoczęto już druk streszczeń. Przesyłać należy wprost do sekretaryatu. (Adres poniżej).

Odczyty mogą być wygłoszone w jednym z języków urzędowych kongresu i w tym też języku drukowane będą w »Roczniku kongresu«.

Wskutek starań Komitetu polskiego o zapewnienie kongresistom polskim pomieszkania bez utrzymania całodziennego (bez wiktu), Komitet organizacyjny zapewnia, że biuro kwaterunkowe (*Bureau des logements du XIV. Congrès international de médecine à Madrid. — Facultad de Medicina*)—, do którego należy się wprost zwracać, chętnie pośredniczyć będzie w wyszukaniu samych tylko mieszkań, nie biorąc jednak odpowiedzialności za możliwe niewygody. Cena pokoju samego wynosiłaby najmniej 5 pesetów (5 frs.).

Wskutek postanowienia niektórych towarzystw (kolejowych) kongresiści będą mogli przyjechać do Madrytu jedną, a wracać inną drogą ze zniżką 50%. Komitet organizacyjny poda później do wiadomości, które towarzystwa udzielą zniżek.

Wszelkie dalsze zgłoszenia odczytów winny być odtąd przesyłane wprost do sekretaryatu generalnego [*Secrétariat général du XIV. Congrès international de médecine à Madrid. Facultad de Medicina*].

Uprasza się wszystkie pisma lekarskie polskie o powtórzenie tego doniesienia.

18 stycznia 1903. *Dr. Buzdygan.*

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem koledzy: Trzebicky, Ciechanowski i Lewkowicz przedstawili chorych i demonstrowali okazy anatomiczne; poczem odbył się odczyt kol. Surzyckiego: »O leczeniu ostrych chorób zakaźnych i o środkach przeciwgorączkowych«.

* Lwowskie Towarzystwo lekarskie wybrało zarząd na rok bieżący: prezesem wybrany został prof. Dr. W. Łukasiewicz, wiceprezesem prof. Dr. G. Ziembicki, sekretarzem Dr. Świątkiewicz.

* D. 4 b. m. odbyło się w Wiedniu zgromadzenie członków austryackiego Związku pomocy dla chorych piersiowych. Przewodniczącym wybrano hr. Lützowa; jego zastępcami: br. Larischa i dr. Loewa. Przed zorganizowaniem się jeszcze tego Związku zebrano 115.000 koron na ten cel.

* Surowica paciorkowcowa (przeciwpłonicza) nie zdobywa sobie jeszcze uznania: według «La médecine moderne« surowica wyrobu Aronsona, dała Bagińskiemu 11% śmiertelności; surowica Charletona — 13% śmiertelności; surowica wyrobu Mosera, stosowana w klinice Eschericha — 14% śmiertelności — i to, — jeżeli stosowana była we wczesnym okresie choroby. Dziennik francuski nie dopatruje w tej statystyce żadnego dodatniego wpływu surowicy paciorkowcowej na śmiertelność z płonicy, która, leczona innymi sposobami, wynosi 10%.

Na ostateczne zdanie o leczniczej działalności surowicy paciorkowcowej w płonicy należy jeszcze czekać przynajmniej lat kilka.

* Z powodu śmiertelnego pojedynku, który odbył się w jednej mieścinie na Węgrzech, lekarze miejscowi zobowiązali się słowem honoru nie asystować pod żadnym warunkiem przy pojedynkach i wezwali wszystkie związki lekarskie do podobnego postępowania.

* Zawodowa działalność lekarza w stosunku do społeczeństwa,

instytucyi i władzy nie jest ściśle ujęta w kodeks. W szczególności więcej lekarz wie o swoich obowiązkach, aniżeli o prawach. Na wniosek pruskiego ministerstwa oświaty odbędą się bezpłatne kursy dla lekarzy, poświęcone wyłącznie pouczeniu ogółu lekarskiego w Niemczech o jego prawach i obowiązkach na wszystkich polach zawodowego działania.

* W wojsku pruskiem zaprowadzono stałe posady lekarzy-dentystów.

* Międzynarodowy Kongres dla walki z alkoholizmem odbędzie się w Bremie od 14 do 19 kwietnia. Zgłoszenia przyjmuje sekretarz kongresu Hähnel.

* Tytuł «doktora» został poraz pierwszy postanowiony i nadany w XII stuleciu w Bolonii. Pierwszym doktorem medycyny był niejaki Gulielmo Gordinio.

* Między 7 a 13 stycznia doniesiono władzy o nowych przypadkach ospy w Galicyi, mianowicie, w powiecie cieszanowskim (1 gm.) i w powiecie turczańskim (1 gmina).

W tymże czasie stwierdzono nowe przypadki duru osutkowego: w m. Lwowie 4 przypadki i w następujących powiatach: bohorodczańskim (1 gm.), dąbrowskim (1 gm.), dobromilskim (1 gm.), horodeńskim (2 gm.), jaworowskim (1 gm.), kamioneckim (1 gm.), mościskim (3 gm.), nadworniańskim (1 gm.), rawskim (1 gm.), skałackim (1 gm.), stryjskim (1 gm.), tarnopolskim (1 gm.), złoczowskim (1 gm.).

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień XIII (27—31—XII). Ludność średnia roczna wynosi 94.057. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 6, urodziło się dzieci 75, zmarło osób 75, mianowicie: z gruźlicy 10 (2 zam.), z zapalenia płuc 6 (1 zam.), z błonicy 3 (zam.), z płonicy 1 (zam.), z cholery niemowląt 4 (2 zam.).

Mianowania i odznaczenia. Docenci: Dumont, Niehaus i Emmert otrzymali tytuł profesorski w Bernie. Docent fizyki lekarskiej Frank mian. profesorem nadzwyczajnym. Doc. Schultze otrzymał tytuł profesorski w Bonn. Nadzwyczajnym profes. psychiatryi w Erlandze mian. został Doc. Spuler. Doc. Marbe mian. nadzw. profesorem doświadczalnej psychologii w Würzburgu.

Nekrologia. Zmarli Dr. Mazzucchelli, prof. chirurgii w Pawii. Dr. Reed, prof. bakteryologii — w Waszyngtonie.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 2. Pawiński: Apocynum canabinum, jako środek nasercowy i moczopędny (c. d.). Róbin: Dwa przypadki zapalenia okrężnicy, wywołanego obecnością wymoczków (balantidium-colitis) (dok.).

— *Medycyna* Nr 2. Halle i Motz: O gruźlicy cewki przedniej. Uwagi kliniczne.

— *Przegląd dentystyczny* Nr. 12. Krakowski: Nowe leki, zalecane do celów dentystycznych (c. d.).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 2. Maydl: O operativném léčeni nevpravitelných luxací v kyčli (dok.). Plavec: Therapie prudké otravy fosforem (c. d.). Hála: Bacillus chalazia a jeho poměr k bakteriim koryneovitým.

— *Lekarske rozhledy* Z. 1. Thomayer: Dobrá zdáni pracovana Úrazovou pojišťovnu. Crha Antonin: Přispěvek k oceněni therapeutické hodnoty heroinu. Kose: Cytodiagnostika.

— *La Presse médicale* Nr. 3. Caubet: Przypukliny pachwinowe tłuszczowe (*Hernies ing. graisseuses*).

— Nr. 4. Bosc: Etapy sprawy zapalnej. Wstęp ogólny. Ramond i Boidin: Rak pierwotny płuc.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 2. Kyes i Sachs: Przyczynek do wiedzy o czynnej substancyi jadu okularnika (*cobragift*). Loevy: O działaniu tlenu na osmotyczne napięcie krwi. Ito: Badanie znajdujących się w gardle wrot do wtargnięcia gruźlicy. Natanson: O przyrządzie Kobraka do pasteuryzacyi mleka. Krause: Stan lecznictwa i jego wykonywanie w Chinach (c. d.).

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 3. Rumpf: Etyologia i symptomatologia przemieszczenia serca (*cor mobile*). Borchgrevink: Przypadek anatomicznie udowodnionego wyleczenia samoistnego zapalenia gruźliczego otrzewnej. Taubert: Erytromelalgia przy syringomyelii szyjnej części rdzenia. Steffeck: Nowe propozycye przy leczeniu główki następującej. Kruse: Seroterapia czerwonki (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 3. Klienböck: O zmianach w kościach przy rzeżączkowem zapaleniu stawów i o ostrym zaniku kości wogóle. Weiss: Przyczynek do sprawy wykorzystania oznaczeń leukocytów w chorobach żeńskiego narządu płciowego. Pollak: Heterotopia w budowie histologicznej włóknistego polipa macicy. Preleitner: Dwa przypadki wrodzonego częściowego defektu obojczyków.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 2. Manz: O operacyi zaćmy u starców. Hochhaus: Zapalenie trzustki z następowym krwotokiem i obumarciem. Müller: O uodpornieniu prątka durowego przeciw swoistym aglutyninom. Morgenroth: O łączeniu się hemolitycznych amboceptorów. Lange: O zastosowaniu »adrenaliny« jako środka tamującego krew w rozpaczliwych krwotokach. Liese: Nowe ujęcie z zamkiem dla chirurgicznych narzędzi: nożyc i kleszczy. Fellenberg: Zapobieżenie występowaniu krwiaka po Küstnerowskiem krzyżowem cięciu nadłonowem. Perutz: Uwagi nad pracą o zawartości leukocytów przy ropieniach, zwłaszcza przy ropniach wątroby. Axenfeld: Zapalenie płuc u noworodków a gonokoki. Dessauer: Praktyczne doświadczenia z przyrządem Röntgena »systemu dessauskiego«, Aschaffenburg. Rumpel: Doświadczenia ku praktycznemu zużytkowaniu kryoskopii krwi i moczu w chorobach nerkowych.

Redakcya otrzymała. Sosnowska: Quelques cas de sterilité guéris par le traitement de Brandt. Seiffer: Atlas und Grundris der Allgemeinen Diagnostik und Therapie der Nervenkrankheiten. Prausnitz: Physiologische und sozial-hygienische Studien über Säulings-Ernährung und Säulings-Sterblichkeit. Marchand: Rudolf Virchow als Pathologe. Dölger: Die Mittelohreiterungen. Piltz: Die paradoxe Pupillenreaction und eigene Beobachtung von Verengerung der Pupillen bei Beschattung der Augen. Eisenberg: 1) Z zagadnień biologicznych w nauce o odporności. 2) Badania nad strącaniem się ciał białkowatych, pod wpływem swoistych precypityn.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, d. 28. b. m., o godzinie 6-tej wieczorem, ***w sali wykładowej prof. Szajnochy***, posiedzenie nadzwyczajne. Na porządku dziennym odczyt kol. Dr. Lewkowicza: I. O znaczeniu cytologicznego badania płynów zapalnych (z demonstracyą). II. Przypadek umiejscowienia gruzełka odosobnionego we wzgórku wzrokowym w sąsiedztwie szypułki mózgowej lewej (z demonstracyą preparatu).

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwasnicki.